



Temas em
Saúde

VOLUME 18

NÚMERO 1

ISSN: 2447-2131

João Pessoa, 2018

Temas em Saúde

Conselho científico

Dra. Ana Escoval
ENSP - Universidade Nova de
Lisboa – Portugal

Dra. Ana Luíza Stiebler Vieira
ENSP - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Ana Tereza Medeiros
Cavalcanti da Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dra. Angela Arruda
UFRJ - Rio de Janeiro – RJ

Dra. Antonia Oliveira Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. César Cavalcanti da Silva
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. David Lopes Neto
UFAM - Manaus – AM

Dra. Francisca Bezerra de
Oliveira
UFCEG - Cajazeiras – PB

Dra. Inácia Sátiro Xavier de
França
UEPB - Campina Grande – PB

Dra. Inez Sampaio Nery
UFPI - Teresina – PI

Dra. Iolanda Beserra da
Costa Santos
UFPB - João Pessoa – PB

Dr. Jorge Correia Jesuino
ISCTE - Lisboa – Portugal

Dr. Jorge Luiz Silva Araújo
Filho
FIP - Patos – PB

Dra. Josinete Vieira Pereira
FIP - Patos - PB

Dra. Lélia Maria Madeira
UFMG - Belo Horizonte -
MG

Dr. Luciano Augusto de
Araújo Ribeiro
FSM - Cajazeiras - PB

Dr. Luiz Fernando Rangel
Tura
UFRJ - Rio de Janeiro - RJ

Dra. Malba Gean Rodrigues
de Amorim
FIP - Patos - PB

Dra. Maria do Socorro Costa
Feitosa Alves
UFRN - Natal - RN

Dr. Maria do Socorro Vieira
Pereira
FIP - Patos - PB

Dra. Maria Eliete Batista Moura
UFPI - Teresina - PI

Dra. Maria Emília R. de Miranda
Henriques
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Maria Iracema Tabosa da
Silva
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Marta Miriam Lopes
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Raimunda Medeiros
Germano
UFRN - Natal – RN

Dra. Sammia Anacleto de
Albuquerque Pinheiro
FIP - Patos– PB

Dr. Sérgio Ribeiro dos Santos
UFPB - João Pessoa - PB

Dra. Solange Fátima Geraldo da
Costa
UFPB - João Pessoa - PB

Editor-chefe

Dr. Carlos Bezerra de Lima
FAST - Nazaré da Mata - PE

Comissão editorial

Carlos B. de Lima Júnior
Ana Karla B. da Silva
Lima

Contatos

www.temasemsaude.com
contato@temasemsaude.com



Temas em Saúde

Índice

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE À LUZ DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA	5
CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA SOBRE AVULSÃO DENTÁRIA.	17
ESTRESSE E COMPORTAMENTOS DE RISCO NO TRÂNSITO	31
EFEITOS DO TREINAMENTO RESISTIDO INTERVALADO SOBRE VARIÁVEIS ANTROPOMÉTRICAS DE INDIVÍDUOS JOVENS COM SOBREPESO	51
FITOTERAPIA TRADICIONAL E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL	66
FRATURAS DE FÊMUR: ANÁLISE DE SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA O IDOSO	98
GRAVIDEZ ECTÓPICA: REFLEXÕES ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	111
INFLUÊNCIA DO ESTILO DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA NOS EXAMES DE SANGUE	143
MORTO, MAS COM O CORAÇÃO BATENDO?	171
PARTO DOMICILIAR ASSISTIDO: ABORDANDO A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA .	192
CONHECIMENTO E PRÁTICAS DOS PAIS EM RELAÇÃO À PREV. DA CÁRIE DENTÁRIA	204
A REALIDADE DA PREVENÇÃO DA TRANSM. VERTICAL DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA NO BRASIL E NO MUNDO: UMA REVISÃO DE LITERATURA	222
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL REGIONAL PARAIBANO	247
GRUPOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE NOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS DE IDOSOS	266
ANÁLISE DA ARQUITETURA DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS EM SAÚDE MENTAL: DA LIMPEZA À ASSISTÊNCIA	283
TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA: ABORDANDO AS CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DO AUTOCUIDADO	305
JUDICIALIZATION IN A MEDICAL WORK COOPERATIVE OF BRAZIL	324



Temas em Saúde

ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE ENSAIOS CLÍNICOS E PATENTES SOBRE TUBERCULOSE: UM ESTUDO QUANTITATIVO E QUALITATIVO SOBRE A EVOLUÇÃO EM DUAS DÉCADAS	344
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: APLICABILIDADE DA PRÁTICA NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL DO INTERIOR	379
AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR DO IDOSO COM DOENÇA DE ALZHEIMER ..	397
EXPECTATIVA DAS GESTANTES EM REL. AO PARTO NORMAL E A CIRURGIA CESARIANA ..	414
HOMENS TRANSEXUAIS: INVISIBILIDADE SOCIAL E SAÚDE MENTAL	428



Artigo

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: UMA ANÁLISE À LUZ DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

BASIC HEALTH UNITS: ANALYSIS OF ACCORDING TO THE NATIONAL PROGRAM TO IMPROVE ACCESS AND QUALITY IN BASIC CARE

Géssika Araújo de Melo¹

Joalysson de Souza Marinho²

Marcela Laís Lima Holmes Madruga³

Sandra Maria Cordeiro Rocha de Carvalho⁴

Moema Teixeira Maia Lemos⁵

RESUMO: O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica é um componente da Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde, que prima pela melhoria da assistência na Atenção Básica. O objetivo do trabalho foi analisar os dados da Avaliação Externa das Unidades Básicas de Saúde proposta pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica no município de João Pessoa. Estudo quantitativo, descritivo, documental, realizado em março de 2016, por meio de coleta e análise do banco de dados do Ministério da Saúde. Verificou-se que as unidades realizam atendimento apenas pela manhã e pela tarde, cinco dias por semana. Os itens analisados na ‘avaliação’ da unidade demonstraram valores aquém dos esperados. Os dados apresentados revelam que ainda há despreparo das unidades para prestar uma assistência universal, igualitária e equânime.

¹ Mestranda em Neurociência Cognitiva e Comportamento na Universidade Federal da Paraíba.
E-mail: gessika.fisio@gmail.com

² Graduando de Engenharia de Produção – Universidade Federal da Paraíba.

³ Graduanda de Fisioterapia – Universidade Federal da Paraíba.

⁴ Docente do Departamento de Fisioterapia – Universidade Federal da Paraíba.

⁵ Docente do Departamento de Fisioterapia – Universidade Federal da Paraíba.



Artigo

Palavras – chave: Sistema Único de Saúde, Unidade Básica de Saúde, Atenção Primária à saúde.

ABSTRACT: The National Program for the Improvement of Access and Quality in Basic Care is a component of the National Primary Care Policy, within the Unified Health System, which is based on the improvement of the assistance in Primary Care. The objective of the study was to analyze the data from the External Evaluation of Basic Health Units (UBS) proposed by National Program for Improving Access and Quality in Primary Care in João Pessoa. The present study has a quantitative nature and it is characterized as a descriptive and documentary research. It was conducted in March 2016, by means of collect and analysis of the Ministry of Health’s database. With regard to item ‘operation’ of health basic unit it was observed that all the UBS function doing service only in the morning and afternoon, five days a week. On the second item, “UBS evaluation”, the values were below the expected. The data presented reveal that the Units are still unprepared to provide a universal, equal and equitable assistance.

Keywords: Unified Health System, Basic Health Unit, Health Primary Care.

INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ AB) é um componente da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que prima pela melhoria na assistência na Atenção Básica (AB). Este programa está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade (BRASIL, 2011). A primeira é chamada de Adesão e Contratualização, a segunda de Desenvolvimento, a terceira de Avaliação Externa e a quarta, que representa o começo de um novo ciclo, denomina-se Recontratualização. Dar-se-á ênfase à terceira fase, a qual se configura como objeto de análise do corrente estudo.

A terceira fase do Programa é o momento de realização da Avaliação Externa, que se baseia no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das equipes de atenção básica (EAB) e para reconhecimento e valorização dos “esforços e resultados” dessas equipes e dos gestores municipais na qualificação da



Artigo

Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2017). Nesse cenário, um dos itens analisados se refere à estrutura e condições de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A avaliação, nesse sentido, se propõe a medir o desempenho em padrões de qualidade (BRASIL, 2013), propondo-se à busca de condições melhores de saúde.

O PMAQ AB é uma das principais e mais atuais propostas que visam um olhar mais aprimorado e melhorado à assistência no cenário da AB. Configura-se como uma temática atual e pouco explorada, enfatizando, ainda mais, a importância de aprofundamento desta temática, a fim de possibilitar uma visão aprimorada dos resultados do processo inicial deste Programa. Assim, esta pesquisa propôs-se a analisar as condições de estrutura das unidades de saúde do município de João Pessoa – PB, por meio dos dados obtidos na Avaliação Externa do PMAQ.

CONTEXTUALIZAÇÃO

A Atenção Básica é a principal porta de entrada do sistema de saúde no Brasil. Inicia-se com o ato de acolher, escutar e oferecer resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde da população, minorando danos e sofrimentos e responsabilizando-se pela efetividade do cuidado, ainda que este seja ofertado em outros pontos de atenção da rede, garantindo sua integralidade (BRASIL, 2011). A partir de 1990, com a implementação do SUS, tem-se início, no Brasil, uma reestruturação das políticas de saúde, visando à melhoria da assistência, baseando-se na equidade, universalidade e integralidade (BRASIL, 2011). Em 1994, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil criou o Programa Saúde da Família (PSF), como estratégia do SUS, tomando por base o núcleo familiar, no sentido de possibilitar o efetivo acesso à saúde pública, a partir da reorganização da AB (MEDEIROS et al., 2010).

Essa nova maneira de fazer em saúde trouxe consigo alguns princípios importantes, tais como a equidade, universalidade e integralidade na saúde, com o intuito de garantir a prestação de um serviço eficiente e de qualidade (BRASIL, 2011). Tais serviços são complexos e precisam dar conta das necessidades de saúde da população, em nível individual e/ou coletivo, de forma que as ações influam na saúde e na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade (FIGUEIREDO, 2012).

Com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), na AB do SUS, o processo pedagógico proposto é dinâmico e contínuo, uma vez que leva em conta a construção do



Artigo

conhecimento, da consciência crítica-reflexiva e do compromisso pessoal e profissional, exigindo dos trabalhadores, gestores e usuários, tomadas de decisões que criem condições para o estabelecimento de mudanças que superem os nós críticos existentes, por meio de experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde, com o objetivo de transformar a realidade (BRASIL, 2011). Para tanto, faz-se necessário o trabalho árduo da equipe multiprofissional envolvida, na qual haja o compartilhamento dos saberes, refletindo em um cuidado efetivo dirigido às populações de territórios definidos, pelos quais essa equipe assume.

Segundo Figueiredo (2012), outro ponto fundamental para transformação da realidade do cuidado é desenvolver a cultura de avaliação, na qual todo o processo de gestão e cuidado desenvolvido pela equipe multiprofissional, de forma compartilhada, possa ser avaliado com o objetivo de aprimoramento e adequação de rumo. Fausto, Mendonça e Giovanella (2013) reafirmam a importância de tal avaliação. Segundo estes autores, a vasta literatura no campo da avaliação tem apontado para a importância da institucionalização da “cultura da avaliação”, de modo a ultrapassar os limites puramente tecnicistas de julgamento de valor para alcançar um sentido mais prático, que contribua para a emancipação dos atores envolvidos. Por meio de um processo de avaliação fidedigno, torna-se possível analisar as necessidades das Unidades de Saúde da Família (USF), assim como potencializar os pontos positivos encontrados em cada unidade.

Em 2011, o PMAQ AB teve início como um novo processo de reestruturação. Tal programa é um componente da nova PNAB, e seu sucesso é condicionante ao esforço individual e coletivo de mobilizar os atores locais em prol da mudança das condições e práticas de atenção, gestão e participação. O PMAQ AB situa a avaliação como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS (BRASIL, 2013).

Para a operacionalização do Programa, em 2011, o Departamento de AB/MS convidou as instituições participantes da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) a participarem do processo de avaliação externa das equipes de atenção básica em nível nacional (FAUSTO, MENDONÇA E GIOVANELLA, 2013).

O programa busca ajustar as estratégias previstas na PNAB, na direção de reconhecer a qualidade dos serviços de atenção básica ofertados à sociedade brasileira e estimular a progressiva ampliação do acesso e da qualidade das práticas de gestão, cuidado e participação na AB (BRASIL, 2012). O PMAQ AB é um programa que tem



Artigo

como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. Tal processo, em desenvolvimento, realiza-se por meio de ciclos contínuos de avaliação compostos de quatro fases: Adesão e Contratualização, Desenvolvimento, Avaliação Externa e Recontratualização. A avaliação externa realizada no primeiro ciclo do programa em 2012 certificou as equipes da ESF que aderiram ao programa e também realizou um censo de todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do país. Nesse momento, foram produzidos sentidos e significados com potencial de facilitar a mobilização de iniciativas para mudança e aprimoramento dos serviços (BRASIL, 2013).

Os trâmites de realização da Avaliação Externa, segundo Fausto, Mendonça e Giovanella (2013), foram realizados pelas equipes de entrevistadores in loco, utilizando um instrumento de coleta subdividido em três unidades de análise: 1- observação na unidade básica de saúde, relacionada ao censo de infraestrutura das UBS de natureza pública; 2- entrevista com profissional de saúde e verificação de documentos, direcionado ao profissional de nível superior escolhido como respondente pela equipe, com foco na avaliação do processo de trabalho; 3- entrevistas com usuários, que incluiu quatro usuários vinculados à equipe em avaliação pelo PMAQ.

Na avaliação gera-se um escore que, conforme as regras da portaria 1.654, de 19 de julho de 2011, e com as alterações instituídas pela portaria 866, de 03 de maio de 2012, resultará numa certificação que, por sua vez, determinará o percentual do componente de qualidade que será repassado mensalmente ao fundo municipal de saúde pelo MS (BRASIL, 2011). Esse diagnóstico, portanto, tem a pretensão de: viabilizar a certificação de todas as EAB do PMAQ; conhecer em escala e profundidade, inédita, as realidades e singularidades da AB no Brasil, contribuindo para o planejamento e elaboração de estratégias adequadas às diferenças dos territórios, promovendo maior equidade nos investimentos dos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 2012).

O PMAQ AB vinculou pela primeira vez o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões de acesso e de qualidade pelas Equipes de Atenção Básica (EAB). Essa medida representa um processo profundo de mudança na lógica de repasse de recursos para a AB e anuncia mudanças semelhantes no financiamento do SUS como um todo (FAUSTO et al., 2013).

Conforme ressalta Figueiredo (2012), este movimento se configurou em ações internas aos municípios, tanto no sentido da mobilização das equipes de atenção básica



Artigo

para participação do processo avaliativo, quanto no sentido de viabilizar condições para atingir maior adequação das UBS aos padrões avaliativos priorizados pelo PMAQ AB no momento da avaliação externa. As distintas formas de implementação do PMAQ AB na esfera municipal podem ser relacionadas à heterogeneidade dos contextos político e institucional.

METODOLOGIA

O presente estudo, de cunho quantitativo, trata-se de uma pesquisa descritiva e documental, realizada no mês de março de 2016. Os critérios de inclusão no estudo foram as UBS pertencentes ao município de João Pessoa – PB que aderiram ao PMAQ AB até o momento da coleta e cujos dados estivessem disponíveis no banco de dados do MS. O critério de exclusão foi unidades de saúde deste município as quais seus dados, por qualquer motivo, não tenham sido disponibilizados livremente no banco de dados do MS.

Foi realizado o levantamento dos dados na base do MS, na página online do PMAQ AB. Foram utilizadas as informações referentes ao resultado da avaliação externa das unidades básicas do município de João Pessoa – PB, realizada de 16 de maio a 29 de agosto de 2012. Ao todo, foram analisados os resultados referentes a 48 unidades pertencentes aos bairros do referido município. Os dados utilizados corresponderam ao horário de funcionamento das UBS, à estrutura física, à ambiência, aos equipamentos e aos medicamentos disponíveis nestas unidades de saúde no momento da avaliação do MS.

A avaliação das UBS teve como objetivo verificar a infraestrutura, equipamentos e materiais necessários para o desenvolvimento das ações – fundamentais para o acolhimento, para a humanização do atendimento, para a organização do trabalho e para cuidar da saúde da população. Outros itens da avaliação foram os equipamentos e os medicamentos da UBS, que objetivam analisar os equipamentos e materiais necessários para o desenvolvimento das diversas ações realizadas pela equipe de saúde.

O tratamento dos dados foi realizado por meio do programa Microsoft Excel 2010 e os resultados expostos através de tabela construída no programa Microsoft Word 2010.



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a análise dos dados foram dispostos separadamente de acordo com os itens avaliados nas UBS. No que se refere ao item 'funcionamento' das UBS, observou-se que 47 funcionam nos turnos manhã e tarde e 01 funciona apenas no período da manhã, sendo todas durante 05 dias por semana. Destas, 07 atendem nos finais de semana, 38 não oferecem assistência no final de semana e 03, às vezes, realizam atendimento no final de semana.

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a PNAB, relata que o processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os horários e dias de funcionamento das UBS devem ser organizados de modo que garantam o maior acesso possível, o vínculo entre usuários e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2011). Entretanto, não explicita a forma organizacional para tal distribuição.

Cabe ressaltar a importância de se considerar o atendimento noturno e em finais de semana a fim de abranger o público que, muitas vezes, deixa de comparecer às unidades de saúde em decorrência da jornada diurna de trabalho, coincidindo com o período disponível para atendimento pelas UBS. Segundo Silva, Casotti e Chaves (2013), os rígidos e limitados horários de funcionamento e as formas quase sempre presenciais de marcação de consultas funcionam como constrangimento ao efetivo acesso à AB, especialmente em metrópoles, nas quais parcelas importantes da população passam o dia longe de seu local de moradia. Reforça-se, desta maneira, o apelo ao olhar direcionado a estes questionamentos, a fim de possibilitar a inserção destes usuários na Atenção Primária à Saúde.

No que se refere à avaliação da UBS, foram analisadas: a estrutura física e a ambiência da Unidade de Saúde, as adaptações da Unidade para deficientes e idosos, equipamentos e medicamentos. Os resultados estão resumidos na Tabela 1.



Artigo

Tabela 1: Avaliação do desempenho das UBS do município de João Pessoa – PB.

Avaliação da UBS	Mediana ou abaixo da média	Acima da média	Muito acima da média
Estrutura Física e Ambiência	66,67%	20,83%	12,5%
Adaptações para Deficientes e Idosos	81,25%	16,67%	2,08%
Equipamentos	66,67%	33,33%	-
Medicamentos	54,17%	37,5%	8,33%

Fonte: Dados do Ministério da Saúde. Adaptado (2016).

A partir da análise dos dados, foi possível observar que a maioria das UBS, 66,67%, encontra-se com o desempenho mediano ou abaixo da média, no que se refere à estrutura e ambiência, e apenas 20,83% e 12,5% com desempenho acima da média e muito acima da média, respectivamente.

Segundo Rodrigues et al. (2014), em seu estudo realizado em um município brasileiro acerca da satisfação dos usuários em relação às unidades de saúde, a estrutura física foi apontada como um dos principais pontos negativos, com condições precárias de funcionamento, requerendo melhoria para garantia de uma assistência de qualidade à saúde. Assim, a estrutura física ainda representa um aspecto a ser melhorado.

A ambiência de uma unidade de saúde significa o espaço arquitetônico, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, tanto para os trabalhadores e profissionais de saúde, quanto para os usuários (BRASIL, 2017). Perpassa por todos os indivíduos, desde os trabalhadores, que precisam de um ambiente agradável para o desempenho do seu trabalho, até atingindo o usuário. Este que, por sua vez, clama por um ambiente em condições íntegras, agradáveis e propícias, que sejam espaços capazes de oferecer um serviço efetivamente de qualidade, para além de um atendimento unicamente biológico, dentro de um consultório médico.

Para um ambiente confortável, em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço como, por exemplo: recepção sem grades, que não intimide ou dificulte a comunicação e garanta privacidade ao usuário; colocação de placas de identificação dos serviços existentes e sinalização dos fluxos; telefone público, tratamento das áreas externas, incluindo jardins; ambientes de apoio como copa, cozinha e banheiros (BRASIL, 2013). Em muitos casos, a ausência de, por exemplo,



Artigo

sinalização dos serviços ofertados naquele local faz com que o usuário não procure a UBS pelo simples fato de ausência de informação explícita.

No tocante às adaptações para deficientes e idosos, a maioria apresentou desempenho mediano ou abaixo da média, valor correspondente a 81,25%. Apenas 16,67% mostrou-se com desempenho acima da média e somente 2,08% muito acima da média, o que representa uma UBS.

O Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, define que o acesso aos serviços de saúde é universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde. Traz em seus parágrafos que é dever comum a todas as esferas de governo garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das UBS, de acordo com suas responsabilidades. Segundo o estudo de Siqueira et al. (2009), realizado com 236 unidades das regiões Sul e Nordeste, foram encontradas barreiras arquitetônicas aos idosos e deficientes físicos em 59,8% destas UBS. Este estudo também apontou que tais locais possuíam, em 7,4%, tapetes na sala de espera, 4%, no consultório e 6,6%, em outras dependências do prédio. Além destas barreiras, degraus dificultando o acesso de deficientes foram referidos em 44,2%, além da inexistência de rampas em 63%, sendo que, entre aquelas que tinham rampas, 72,8% não dispunham de corrimão.

As dificuldades de acesso às UBS se configuram como um impedimento notório ao acesso universal dos usuários a estes locais. Rodrigues et al. (2014), ainda ressaltam que o envelhecimento populacional, o aumento da demanda de pacientes com doenças crônicas e a necessidade destas pessoas usarem a AB requer uma maior intervenção do SUS, no sentido de qualificar as estruturas das UBS.

Em relação aos equipamentos das UBS, observou-se que 66,67% apresentou desempenho mediano ou abaixo da média e apenas 33,33% mostrou-se com desempenho acima da média. Para a realização da prática na atenção básica é necessária, entre outras condições, a garantia de infraestrutura apropriada, com disponibilidade de equipamentos adequados, de recursos humanos capacitados e de materiais e insumos suficientes à assistência prestada (BRASIL, 2013).

Desta forma, Pedrosa, Corrêa e Mandú (2011) enfatizam que os equipamentos conferem suporte ao atendimento, assegurando a realização de ações de saúde, e por isso exercem enorme impacto sobre o sistema local de saúde. Problemas nos equipamentos comumente geram frustração no profissional de saúde, não só pela impossibilidade de executar a ação de forma resolutiva, mas também pelo desgaste que eles provocam na cobrança de respostas a solicitações para sua manutenção e/ou reposição. A ausência de



Artigo

manutenção periódica dos equipamentos é um aspecto crítico e reconhecido como um dos elementos que comprometem a qualidade do serviço ofertado (FERTONANI et al., 2015).

Por fim, no tangente às condições das UBS quanto aos medicamentos, foi observado que 54,17% apresentaram desempenho mediano ou abaixo da média, 37,5% desempenho acima da média e 8,33% muito acima da média. A disponibilidade de medicamentos de qualidade pode ser entendida como o resultado de atividades relacionadas à seleção, programação, aquisição e distribuição, ou seja, os componentes técnico-gerenciais do ciclo da assistência farmacêutica (MENDES et al., 2014). Esta disponibilidade é fundamental para a efetividade dos tratamentos e minimização dos riscos, impactando positivamente na resolubilidade das ações em saúde.

Consoante Pinto, Sousa e Ferla (2014), a organização dos serviços de saúde deve incluir condições sociopolíticas, humanas e materiais que viabilizem um trabalho de qualidade, tanto para quem o executa quanto para quem recebe a assistência. A falta de planejamento e programação relacionada à disponibilidade e necessidade dos medicamentos pode ser um fator agravante ou desencadeante da falta de medicamentos em algumas unidades, conforme encontrado neste estudo (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ, 2011).

O PMAQ AB deverá ser constantemente aperfeiçoado, de modo a contemplar, progressivamente a necessidade de adequação às novas demandas e desafios da Política de Atenção Básica e ao momento histórico de implantação do SUS (BRASIL, 2017). As dimensões e padrões propostos pelo programa buscam reafirmar tais diretrizes do SUS, assim como desenvolver mecanismos que consigam superar as dificuldades observadas nestes ambientes. O chamado “padrão de qualidade” é uma declaração da qualidade esperada e expressa afirmativamente o sentido da política produzida nos espaços tripartite de governança do SUS, em que se busca afirmar os princípios da integralidade, universalidade, equidade e participação social (BRASIL, 2017).

CONCLUSÃO

O presente estudo analisou os dados da Avaliação Externa das UBS proposta pelo PMAQ AB no município de João Pessoa – PB. Observou-se que os dados apresentados revelam, de forma geral, que embora tenha havido avanços, ainda há despreparo das UBS para prestar uma assistência universal, igualitária e equânime. Tais achados sugerem que estas unidades não possuem recursos e estruturas completas necessárias à assistência



Artigo

integral, universal e equânime, que é direito dos usuários do SUS, prestando, assim, uma assistência fragmentada e excludente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Documento síntese da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Brasília: DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Material de apoio a auto avaliação para as equipes de atenção básica (saúde da família, AB parametrizada e saúde bucal). Brasília (DF), 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF. Brasília (DF), 2017.

FAUSTO, M. C.R.; MENDONÇA, M. H. M.; GIOVANELLA, L. Capítulo 3. Experiências de avaliação da Atenção Básica no Brasil: notas para um debate. In: **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB** / Org: Márcia Cristina Rodrigues Fausto; Helena Maria Seidl Fonseca. – Rio de Janeiro, RJ: Saberes Editora, 2013.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 20, n.6, 2015.



Artigo

FIGUEIREDO, E. N. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. **Material didático do Curso de Especialização em Saúde da Família da UNIFESP**, 2012. Disponível em: [http:// www.unasus.unifesp.br](http://www.unasus.unifesp.br). Acesso em: 05 de jan 2015.

MENDES, L. V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde debate**, v. 38, n. especial, p. 109-123, 2014.

MEDEIROS, F. A.; SOUZA, G. C. A.; BARBOSA, A. A.; COSTA, I. C.C. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. **Revista Salud Pública**. v. 12, n. 3, p: 402-413, 2010.

PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, A. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 058-065, 2011.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Revista Saúde Debate**, v. 38, 2014.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 18, n. 1, p. 221-232, 2013.

SIQUEIRA, F. C. V. et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 39-44, 2009.



Artigo

CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA SOBRE
AVULSÃO DENTÁRIA

KNOWLEDGE OF PHYSICAL EDUCATION ACADEMICS ABOUT TOOTH
AVULSION

Rosinete Barbosa de Sousa¹

Ertânia Araújo Bezerra²

Nilson Neto de Araújo Morais³

Hermanda Barbosa Rodrigues⁴

Michele Baffi Diniz⁵

Sammia Anacleto de Albuquerque Pinheiro⁶

RESUMO: O traumatismo dento-alveolar é uma injúria que ocorre nos dentes e/ou tecidos de suporte, causado por um impacto sobre eles. Dentre os vários tipos de traumatismos dentários, a avulsão dentária é classificada como uma injúria que consiste no deslocamento total do dente para fora do seu alvéolo. Objetivou Avaliar o nível de conhecimento de acadêmicos de Educação Física sobre avulsão dentária. Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem quantitativa dos dados. Para coleta de dados

¹ Cirurgiã-Dentista pelas Faculdades Integradas de Patos, Patos-PB. E-mail: rosesouza_14@hotmail.com;

² Cirurgiã-Dentista pelas Faculdades Integradas de Patos, Patos-PB. E-mail: ertaniaaraujo@gmail.com;

³ Médico e Docente do curso de Medicina das Faculdades Integradas de Patos, Patos - PB, Brasil. E-mail: drnneto@gmail.com;

⁴ Doutora em Odontopediatria pela Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo-SP. Docente no Curso de Bacharelado em Odontologia nas Faculdades Integradas de Patos – FIP. E-mail: mandinhabelle@hotmail.com;

⁵ Professora Doutora de Odontopediatria, Programa de Pós-graduação em Odontologia, Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo-SP. E-mail: mibdiniz@hotmail.com;

⁶ Doutora em Odontopediatria pela Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo-SP. Docente no Curso de Bacharelado em Odontologia nas Faculdades Integradas de Patos – FIP. E-mail: sammiaanacletoo@hotmail.com.



Artigo

empregou-se um questionário estruturado fechado sobre a temática em 41 acadêmicos dos 7º e 8º períodos do curso de Educação Física das Faculdades Integradas de Patos, Paraíba. As variáveis foram submetidas à estatística descritiva através do software estatístico SPSS (*Statistical Program for Social Science*). Dos entrevistados, a maioria cursava o oitavo período (65,9%), era do sexo masculino (83,0%) e apenas 1 acadêmico (2,4%) recebeu informações sobre traumatismo dentário em práticas recreativas esportivas. Frente à avulsão dentária, constatou-se que 63,0% ofereceriam um lenço para hemostasia, 70,7% consideravam ideal procurar um atendimento imediato e 31,7% não saberiam como acondicionar o dente até o atendimento de um profissional. Quanto ao uso de protetores bucais, 85,4% dos acadêmicos relataram que seus alunos não fazem uso dos protetores durante as atividades esportivas. A conclusão é que os acadêmicos de Educação Física possuem pouco conhecimento sobre avulsão dentária e a maioria não faz uso do protetor bucal durante as atividades de educação física.

Palavras-chave: Avulsão Dentária. Conhecimento. Educação Física e treinamento.

ABSTRACT - Dento-alveolar trauma is an injury that occurs in the teeth and / or supporting tissues, caused by an impact on them. Among the various types of dental trauma, dental avulsion is classified as an injury that consists of total displacement of the tooth out of its alveolus. The objective is evaluating the level of knowledge of Physical Education academics about dental avulsion. This is a field survey, with a quantitative approach to the data. For data collection, a questionnaire structured on the subject was used in 41 academics of the 7th and 8th periods of the Physical Education course of the Integrated Colleges of Patos, Paraíba. The variables were submitted to descriptive statistics through the statistical software SPSS (Statistical Program for Social Science). Among the interviewees, most of them were in the eighth period (65.9%), male (83.0%) and only one academic (2.4%) received information about dental trauma in recreational sports. Faced with dental avulsion, it was found that 63.0% would offer a hemostasis scarf, 70.7% considered it ideal to seek immediate care, and 31.7% would not know how to condition the tooth until the care of a professional. Regarding the use of mouth guards, 85.4% of the students reported that their students did not use the protectors during sports activities. The conclusion is Physical Education academics have little knowledge about dental avulsion and most do not use the mouth guard during physical education activities.

Keywords: Tooth avulsion. Knowledge. Physical Education and Training.



Artigo

INTRODUÇÃO

O traumatismo dentário é uma injúria que ocorre nos dentes e/ou tecidos de suporte em decorrência a um impacto. A gravidade das lesões traumáticas e consequentes sequelas dependerão da intensidade e da direção do impacto nas estruturas bucais (MOURA et al., 2011). Estudos epidemiológicos demonstram elevada prevalência de traumatismos dentários em crianças e adolescentes, provocando assim, sérios problemas de saúde pública (MULATI et al., 2010; RIBEIRO et al., 2002).

Essas situações são consideradas de urgência odontológica impondo ao profissional um atendimento rápido, porém minucioso (MOTA, CRUZ, 2009). Além disso, influenciam na qualidade de vida das crianças e adolescentes em termos de desconforto físico e psicológico, além do alto potencial de interferência negativa nas relações sociais (MELO et al., 2003; BARBERINI et al., 2002; FREITAS et al., 2008).

Dentre os vários tipos de lesões traumáticas, a avulsão dentária é caracterizada pelo completo deslocamento do dente de seu alvéolo, acarretando danos às estruturas de suporte e pulpares do elemento dental (SIQUEIRA, GONÇALVES, 2012). Assim, é importante o correto manejo do dente avulsionado por meio do replante dental e a rapidez de atendimento, para conseguir melhor prognóstico e maiores chances de sucesso no tratamento (MONTEIRO et al., 2012).

Como as práticas esportivas estão cada vez mais envolvidas no cotidiano das pessoas, é necessária uma maior atenção dos profissionais, para reduzir a gravidade e minimizar os danos a estruturas causados por quedas ou pancadas na região bucal. Nesse contexto, os protetores bucais possuem função de proteger as estruturas dentárias e periodontais durante a prática de esportes de contato, uma vez que auxiliam na distribuição de forças de impacto (SIQUEIRA, GONÇALVES, 2012).

A literatura reporta insuficiente conhecimento sobre traumatismo dentário pelos graduandos do curso de Educação Física e a habilidade para realizar atendimento emergencial nessas situações. Assim, faz-se necessária a elaboração de estratégias de conscientização para habilitar esses acadêmicos na prevenção, orientação e nos primeiros atendimentos emergenciais do traumatismo dentário, especialmente sobre os danos causados pela avulsão dentária (ALENCAR, MORAIS, 2007). A indicação de protetores bucais para a prevenção desta injúria traumática, pois, na maioria dos casos, as avulsões acontecem nas práticas de atividades esportivas é também de fundamental importância (FAVIERI et al., 2009).

Diante do exposto, o presente estudo objetivou avaliar o conhecimento dos acadêmicos de Educação Física sobre avulsão dentária.



Artigo

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a execução do estudo proposto foram obedecidos todos os critérios prescritos pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual versa sobre a ética em pesquisa com seres humanos. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos com inscrição na Plataforma Brasil e aprovado com nº CAAE: 25218913.0.0000.5181.

Foi solicitada ao Coordenador do curso de Educação Física das Faculdades Integradas de Patos, uma autorização institucional por escrito, assinada e carimbada autorizado a realização a pesquisa.

O estudo tratou-se de uma pesquisa descritiva, observacional, com abordagem quantitativa dos dados, sendo realizado nas Faculdades Integradas de Patos, no município de Patos-PB. O universo da pesquisa constou com 70 acadêmicos, de ambos os sexos, regularmente matriculados nos 7º e 8º períodos do curso de Educação Física segundo censo realizado pelo Coordenador de curso no período letivo de 2014.1. Foram incluídos no estudo 41 acadêmicos que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os alunos que não estiveram presentes no período da coleta de dados e os que se negaram a participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por um único examinador por meio de um questionário fechado, com questões estruturadas para obter dados sobre o conhecimento dos acadêmicos de Educação Física sobre avulsão dentária: atitude diante uma avulsão dentária, tempo que considera ideal para procurar um atendimento, procedimento antes de recolocar o dente, local para acondicionar o dente até o atendimento e utilizam protetor bucal durante as aulas. O questionário foi aplicado tendo como tempo previsto, aproximadamente 10 minutos, de forma que não atrapalhou a rotina de atividades dos acadêmicos.

Após coleta dos dados e categorização das variáveis utilizadas neste estudo, utilizou-se o software estatístico SPSS (*Statistical Program for Social Science*) versão 20.0. As variáveis foram submetidas à estatística descritiva, verificando a frequência das respostas de cada questão.



Artigo

RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 41 acadêmicos, sendo que 83% eram do sexo masculino (Figura 1). Dos entrevistados, 65,9% cursavam o oitavo período e 34,1% o sétimo período (Figura 2).

Figura 1. Distribuição de acadêmicos em relação ao sexo. Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil, 2014.

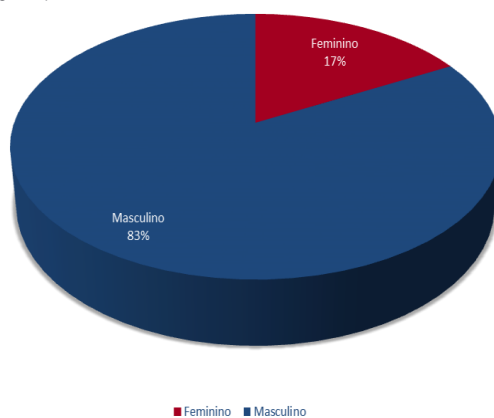
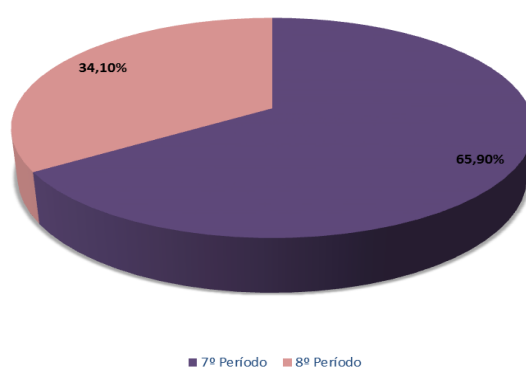


Figura 2. Distribuição dos acadêmicos de acordo com o período do curso de Educação Física. Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil, 2014.



Artigo

Dos acadêmicos entrevistados, 68,0% pertenciam ao turno noturno e 32,0% diurno (Figura 3). A análise revelou que 51,2% dos participantes lecionavam em Instituições de Ensino (Figura 4) e que 51,2% atuavam em academias (Figura 5).

Figura 3. Distribuição dos acadêmicos em relação ao turno do curso de Educação Física. Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil, 2014.

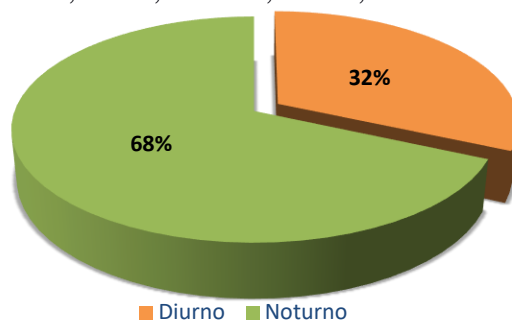
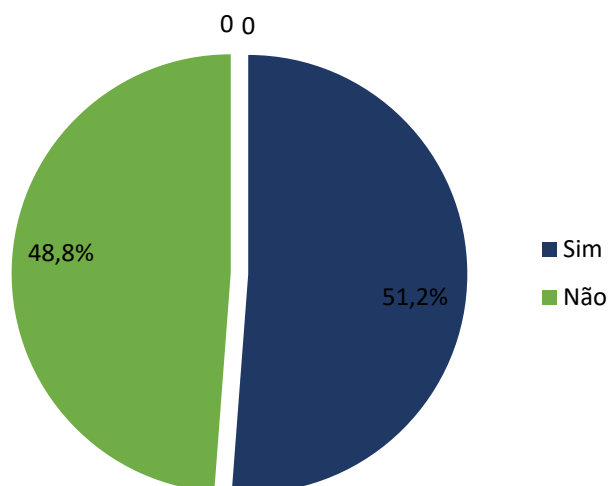
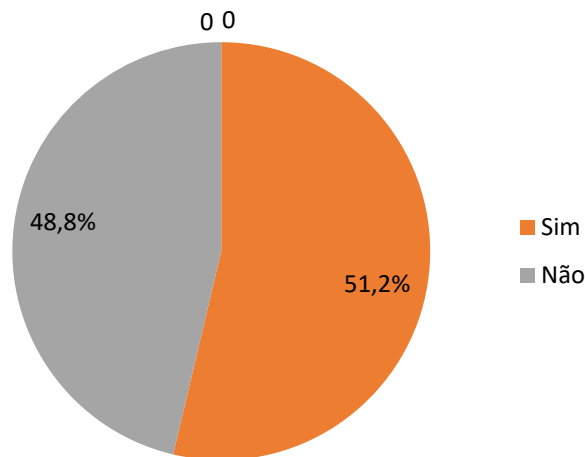


Figura 4. Distribuição dos alunos que lecionavam em Instituições de Ensino. Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil, 2014.



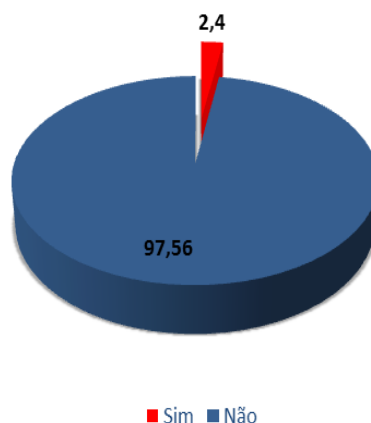
Artigo

Figura 5. Distribuição dos alunos de Educação Física que atuam em academias. Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil, 2014.



Observou-se que apenas 2,4% (1 acadêmico) recebeu informações sobre traumatismo dentário em práticas recreativas esportivas (Figura 6), sendo que nenhum acadêmico teve experiência de atendimento com indivíduos que sofreram avulsão dentária após um traumatismo.

Figura 6. Distribuição dos acadêmicos quantos as informações relacionadas a traumatismo dentário. Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil, 2014.



Artigo

A respeito das variáveis de conhecimento sobre avulsão dentária, constatou-se que 63,0% dos entrevistados ofereceriam um lenço para hemostasiar diante de uma avulsão dentária. Quando questionados sobre o tempo que consideravam ideal para procurar um atendimento, 70,7% dos participantes responderam imediatamente e 3,0% após hemostasia. Dos participantes, 46,3% não saberiam o que fazer diante de uma avulsão dentária e 19,5% dos acadêmicos do 7º período escovariam o dente com uma escova suavemente. Além disso, 31,7% relataram que não saberiam como acondicionar o dente até o atendimento de um profissional e 22,0% dos acadêmicos do 7º período expressaram que armazenariam o dente em um guardanapo limpo. Quanto ao uso de protetores bucais, 85,4% dos acadêmicos relataram que seus alunos não fazem uso dos protetores durante as atividades esportivas (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição entre o conhecimento dos acadêmicos do 7º e 8º período sobre o conhecimento de avulsão dentária. Faculdades Integradas de Patos, Patos, Paraíba, Brasil, 2014.

Conhecimento sobre avulsão	Período				Total	
	7º Período		8º Período			
	n	%	n	%	n	%
Atitude diante de uma avulsão dentária						
Oferecer um lenço para hemostasia	16	39	10	24,4	26	63,4
Procurar o dente, lavar e mandar o aluno ir para casa	04	9,8	01	2,4	05	12,2
Colocar o dente no lugar	00	00	01	2,4	01	2,4
Colocar o dente em um líquido e mandar o aluno para casa	04	9,8	01	2,4	05	12,2
Ficar com o dente dentro da boca e ir ao dentista	02	4,9	01	2,4	03	7,3
Jogar o dente do lixo	01	2,4	00	00	01	2,4
Tempo que considera ideal para procurar um atendimento						
Imediatamente	17	41,5	12	29,3	29	70,7
Dentro de poucas horas	02	4,9	02	4,9	04	9,8
Após hemostasia	03	7,3	00	00	03	7,3



Artigo

Não sabe	05	12,2	00	00	05	12,2
Procedimento antes de recolocar o dente						
Escovar o dente suavemente	08	19,5	04	9,8	12	29,3
Lavar com água da torneira	05	12,2	02	4,9	07	17,1
Não sabe o que fazer	12	29,3	07	17,1	19	46,3
Nada, jogaria no lixo	02	4,9	01	2,4	03	7,3
Local para acondicionar o dente até o atendimento						
Guardanapo limpo	09	22	05	12,2	14	34,1
Recipiente de vidro/ plástico sem líquido	08	19,5	02	4,9	10	24,4
Leite fresco	02	4,9	02	4,9	04	9,8
Não sabe	08	19,5	05	12,2	13	31,7
Utilizam protetor bucal durante as aulas						
Nunca	21	51,2	14	34,1	35	85,4
Raramente/às vezes	06	14,7	00	00	06	14,7

DISCUSSÃO

O interesse da escolha do tema do estudo realizado baseou-se na observação clínica da prevalência dos traumatismos dentários ocorridos durante as atividades esportivas e exercícios físicos realizados em ambientes escolares e academias de esportes. Cabe ressaltar que os traumatismos dentários são considerados importantes problemas de saúde pública em nossa sociedade, atingindo uma considerável parcela da população e ocasionando perdas dentárias irreparáveis (ALENCAR, MORAIS, 2007; MONTEIRO et al., 2012).

Observou-se que a maioria dos acadêmicos do presente estudo era do sexo masculino, assim como observado no estudo de Pereira et al. (2013), no qual 74,0% dos acadêmicos entrevistados também eram do sexo masculino, sendo contrário ao estudo realizada por Dias et al. (2012), no qual a maioria era do sexo feminino (71,1%).

O presente estudo evidenciou deficiência no conhecimento sobre traumatismo dentário, em especial sobre avulsão dentária, por parte dos acadêmicos de Educação



Artigo

Física, corroborando com um estudo prévio da literatura (HANAN, COSTA, 2010). Em relação ao período em que estavam cursando Educação Física, 65,9% dos entrevistados eram concluintes (8º período) e 34,1% pré-concluintes (7º período), demonstrando que já deveriam possuir conhecimento sobre os possíveis traumatismos dentários ocasionados durante a prática de esportes.

Um estudo realizado em Montes Claros-MG, observou que apenas 1,9% dos acadêmicos receberam informações sobre traumatismo dentário durante a formação acadêmica (FREITAS et al., 2008), similar ao resultado encontrado nesse estudo, em que apenas 1 acadêmico teve oportunidade de adquirir essa teoria. Em contrapartida, o estudo realizado por Dias et al. (2012) relatou que a maioria dos alunos (93,7%) havia recebido informações sobre condutas tomadas em casos de traumatismo dentário, sendo que destes, 90,8% afirmaram ter recebido estas orientações durante o curso de graduação por meio da ação interdisciplinar com o curso de Odontologia. Esse fato demonstra o déficit na grade curricular do curso de Educação Física das Faculdades Integradas de Patos e evidencia a necessidade de ações interdisciplinares numa perspectiva de qualificar os futuros profissionais.

Quanto ao procedimento frente a avulsão dentária, constatou-se que a maioria dos entrevistados ofereceria um lenço para hemostasia e que consideravam ideal procurar um atendimento imediato, corroborando com estudos prévios (MOTA, CRUZ, 2009; MONTEIRO et al., 2012; SAYÃO et al., 2005; ANTUNES et al., 2013). Em um estudo semelhante realizado por Freitas et al. (2008), 27,8% dos entrevistados responderam que oferecerem lenço ou uma toalha para hemostasia seria a atitude correta diante de uma avulsão dentária, seguido de 16,7% que deixaria o dente na boca e iria ao dentista.

Os achados da pesquisa relataram que 29,3% dos acadêmicos escovariam o dente com uma escova suavemente antes de recolocar o dente no alvéolo. Fato semelhante foi descrito no estudo de Monteiro et al. (2012), enquanto que o estudo de Freitas et al. (2008) descreveu que 35,5% dos participantes enxaguariam o dente em água de torneira.

Em relação ao acondicionamento do dente até o atendimento de um profissional, 34,1% dos entrevistados relataram que armazenariam em um guardanapo limpo, corroborando com o estudo realizado com os acadêmicos de uma Universidade em Campina Grande-PB. No entanto, cabe ressaltar que este procedimento deve ser evitado, pois proporciona rápida desidratação dos tecidos dentários, com a consequente morte das células do ligamento periodontal e insucesso do reimplante dental (MONTEIRO et al., 2012).

Sobre o uso dos protetores bucais, a maioria dos acadêmicos relatou que seus alunos não o usam durante as atividades esportivas. Os resultados encontrados



Artigo

demonstram que além de não usarem o dispositivo, também não exigem de seus alunos durante as atividades. Sabe-se que indivíduos que não fazem uso do protetor bucal podem apresentar 60 vezes mais chances de sofrerem algum tipo de injúria (VELASCO-BOHÓRQUEZ et al., 1995). No entanto os protetores bucais não impedem totalmente a ocorrência dos traumas dentais, pois 25% das ocorrências envolvendo os elementos dentários ocorrem mesmo com o uso adequado dos protetores bucais, porém as sequelas dos traumatismos podem ser minimizadas, diminuindo drasticamente os níveis de sua gravidade através do uso destes protetores (FREITAS et al., 2008; BASTOS, 2013).

Analisando-se o trabalho realizado por Traebert e Claudino (2012), apesar de 92% dos acadêmicos reconhecerem a necessidade do uso de protetor bucal durante as práticas esportivas como meio de redução dos danos às estruturas bucais, apenas 40% orientavam seus alunos para usarem o protetor bucal, sendo considerado o dispositivo mais importante para proteção dos dentes e da boca durante as atividades desportivas. Os estudos realizados com os acadêmicos do curso de Educação Física demonstraram a falta de atenção que esses alunos atribuem ao protetor bucal, confirmando a necessidade de tornar o uso obrigatório dos protetores bucais (VELASCO-BOHÓRQUEZ et al., 1995; SIZO et al., 2009; BASTOS, 2013).

Frente aos resultados do presente estudo, sugere-se que os cursos de Educação Física devam introduzir atividades interdisciplinares abrangendo os profissionais da Odontologia, a fim de transmitir informações importantes para os futuros educadores físicos. Além disso, reforça sobre as possíveis causas e as devidas condutas que devem ser tomadas diante dos traumatismos dentários ocorridas durante as atividades esportivas e exercícios físicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo pode-se concluir que os acadêmicos de Educação Física possuem pouco conhecimento sobre avulsão dentária. Observou-se que a maioria dos acadêmicos daria um lenço para hemostasia como atitude diante de uma avulsão dentária e que os alunos não fazem uso do protetor bucal durante as atividades esportivas.



Artigo

REFERÊNCIAS

ALENCAR, A.H.G.; MORAIS, M.R. **Avaliação do conhecimento e das atitudes dos alunos decursos de educação física frente aos traumatismos dentários** [Monografia]. Goiás (GO): Universidade Federal de Goiás; 2007.

ANTUNES, D.P.; GONÇALVES, M.A.; ANTUNES, D.P.; PAULA, M.V.Q.; LEITE, F.P.P.; CHAVES, M.G.A.M. Conhecimento dos Cirurgiões-Dentistas sobre avulsão dentária. **UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde**. v. 15, n.1, p.5-8, 2013.

BARBERINI AF, AUN CE, CALDEIRA CL. Incidência de injúrias orofaciais e utilização de protetores bucais em diversos esportes de contato. **Rev. Odontol. UNICID**. v. 14, n. 1, p.7-14, 2002.

BASTOS, RS. Odontologia desportiva: proposta de um protocolo de atenção à saúde bucal do atleta. **RGO**. v. 61, p.461-468, 2013.

DIAS, V.O.; OLIVEIRA, M.J.L.; OLIVEIRA, R.A.D.; ALMEIDA, M.F.L.S.; PEREIRA, M.I.S. Ações interdisciplinares sobre traumas dentários nos cursos de odontologia e educação física na Universidade Estadual de Montes Claros, Brasil. **Motricidade**. v.8, n. 2, p.78-82, 2012.

FAVIERI, T. C. M. S. et al. Avulsão Dental. Pós Graduação. **Caderno UniFOA** - Edição Especial - agosto 2009.

FREITAS, D.A.; FREITAS, V.A.; ANTUNES, S.L.N.O.; CRISPIM, R.R. Avaliação do conhecimento de acadêmicos de Educação Física sobre avulsão/reimplante dentário e a importância do uso de protetor bucal durante atividades físicas. **Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço**. v. 37, n. 4, p.215-218, 2008.

HANAN, A.S.; COSTA, S.K. Conhecimento dos professores de 1ª a 4ª série de escolas públicas municipais de Manaus/Am frente à avulsão dentária. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr**. v.10, n.1, p.27-33, 2010.



Artigo

MELO, R.E.V.A.; SILVA, M.B.L.; VITOR, C.M.A.; LUNA, L.A.; FIRMO, A.C.B. Traumatismo Dento alveolar. **Internacional Journal of Dentistry**. v. 2, n. 2, p.266-272, 2003.

MONTEIRO, J.E.S.; SOUSA, R.V.; FIRMINO, R.T.; GRANVILLE-GARCIA, A.F.; FERREIRA, J.M.S.; MENEZES, V.A. Conhecimento de acadêmicos de Educação Física sobre a avulsão e o reimplante dentário. **RFO**. v. 17, n. 2, p.131-136, 2012.

MOTA, C.R.J.; CRUZ, T.P.S. Avulsão dental em dentes permanentes. **Revista Científica do ITPAC**. v. 2, n. 2, p.8-23, 2009.

MOURA, L.B.; BLASCO, M.A.P.; COSTA, V.P.P.; CRUZ, M.K.; LUBIAN, C.T.; TORRIANI, D.D. Avaliação clínica e radiográfica de dentes decíduos intuídos por traumatismo alvéolo-dentário. **Pesq Bras OdontopedClinIntegr**. v. 11, n. 4, p.601-606, 2011.

MULATI, B.E.; PERON, R.A.F.; QUEIROZ, A.F.; HAYACIBARA, M.F.; TERADA, RSS. Prevalência do uso dos protetores bucais em praticantes de artes marciais de um município do Paraná. **Rev. Bras. Odontol**. v.67, n. 2, p.194-198, 2010.

PEREIRA, M.S.S.; SILVA, S.I.; SILVA, M.L. Análise do conhecimento de acadêmicos de educação física sobre avulsão dentoalveolar. **R. CROMG**. v.14, n.1, p.7-12, 2013.

RIBEIRO, A.A.; SILVA, R.G.; POMARICO, I.R. Recuperação da confiança do atleta com o uso de protetores bucais na prática de esporte: relato de caso. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol**. v.5, n. 3, p.11-15, 2002.

SAYÃO MAIA, S.M.A.; TRAVASSOS, R.M.C.; MARIZ, E.B.; MACÊDO, S.M.; ALENCAR, T.A. Conduta clínica do cirurgião-dentista ante a avulsão dental: Revisão de literatura. **RSBO**. v.3, n.1, p.41-47, 2005.

SIQUEIRA, A.C.; GONÇALVES, P.A. Avulsão Dentária Traumática Acidental: Cuidados Odontológicos para o reimplante. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins/UNIMEP**. v. 22, n. 1, p.47-53, 2012.



Temas em Saúde

Volume 18, Número 1

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

SIZO, S.R.; SILVA, E.S.; ROCHA, M.P.C.; KLAUTAU, E.B. Avaliação do Conhecimento em Odontologia e Educação Física Acerca dos Protetores Bucais. **Rev. Bras. Med. Esporte.** v. 15, n. 4, p.282-286, 2009.

TRAEBERT, J.; CLAUDINO, D. Epidemiologia do Traumatismo Dentário em Crianças: A Produção Científica Brasileira; **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr.** v. 12, n. 2, p.263-272, 2012.

VELASCO-BOHÓRQUEZ, M.P.; SAAD NETO, M.; NAGATA, M.J.H. Leite bovino pasteurizado, saliva artificial ou clara do ovo de galinha como meios para manter dentes avulsionados. Estudo histológico em ratos. **Rev. Odontol. UNESP.** v. 24, n. 2, p.361-376, 1995.



CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA SOBRE AVULSÃO DENTÁRIA

Páginas 17 a 30

Artigo

ESTRESSE E COMPORTAMENTOS DE RISCO NO TRÂNSITO

STRESS AND RISKY BEHAVIOURS IN TRANSIT

Érica Laís de Medeiros¹
Tatiana Cristina Vasconcelos²
Kátia Corrêa Vione³
Joselito Santos⁴
Denise Reinaldo Pereira Ramos⁵
Yordan Bezerra Gouveia⁶

RESUMO- O trânsito é um espaço de interação social e para que ele funcione corretamente é necessária a contribuição de todos os seus participantes. Cada membro desse contexto dispõe de diversas circunstâncias que podem influenciar sua tomada de decisão e assim influenciando seu comportamento, no qual se destaca o estresse, as condições de via, tempo, veículo, uso de substâncias e do celular. Este estudo teve como objetivo principal identificar os comportamentos de risco no trânsito e sua relação com o estresse, segundo condutores. Trata-se de um estudo de campo, descritivo, correlacional, de abordagem quantitativa. Participaram da pesquisa 150 motoristas (90 homens e 60 mulheres), com idades entre 18 e 60 anos ($M = 30$, $DP = 9,76$). Os instrumentos utilizados foram: a Escala de Estresse Percebido, Questionário de Comportamentos no Trânsito e

¹Discente. Curso de Psicologia. Faculdades Integradas de Patos (FIP). Patos – PB. E-mail: erica_medeiros12@hotmail.com

²Professora. Doutora em Educação (UERJ). Curso de Psicologia. Faculdades Integradas de Patos (FIP). Patos – PB. E-mail: vasconcelostc@yahoo.com

³Doutora em Psicologia (Cardiff University). Departamento de Psicologia. Universidade de Derby, Reino Unido. E-mail: katiavione@gmail.com

⁴Professor. Doutor em Ciências Sociais (UFRN). Curso de Psicologia. Faculdades Integradas de Patos (FIP) Patos – PB. E-mail: jslito2012@gmail.com

⁵Professora. Mestre em Psicologia (UFPB). Curso de Psicologia. Faculdades Integradas de Patos (FIP). Patos – PB. E-mail: denise_pereira01@hotmail.com

⁶Professor. Mestrando em Saúde Coletiva (UNISANTOS). Curso de Psicologia. Faculdades Integradas de Patos (FIP). Patos – PB. E-mail: yordangouveia@hotmail.com



Artigo

um questionário Sociodemográfico. Os procedimentos para análise de dados foram: correlação de Pearson, ANOVA-Oneway e Teste *t*. Os participantes apresentaram um nível abaixo da média de estresse ($M = 1,8$, $DP = 0,61$), e um baixo nível de comportamentos arriscados no trânsito ($M = 1,4$, $DP = 0,48$). Observou-se uma correlação positiva entre estresse e comportamentos de risco no trânsito ($r = 0,32$; $p = 0,001$), indicando que, quanto maior o nível de estresse de um indivíduo, maior a sua tendência a apresentar comportamentos mais arriscados no trânsito.

Palavras-chave: Trânsito. Estresse. Comportamentos de risco.

ABSTRACT - The traffic is a space of social interaction and for it to work correctly it is necessary that all its members contribute, each one participating in the context has several circumstances that could influence their decision making, therefore, their behaviour, where we can highlight stress, road conditions, weather, vehicle, substance or mobile use. The main objective of this study was to identify risk behavior in traffic and its relationship with stress, according to drivers. It was a field, descriptive, correlational and quantitative study. Participants were 150 drivers (90 men and 60 women), ages ranging between 18 e 60 years old ($M = 30$, $SD = 9,76$), as data collection instruments, we used the Scale of Perceived Stress, the Questionnaire of Traffic Behaviours, and a sociodemographic questionnaire. The procedures for data analysis were: Pearson correlation, ANOVA-One way and Test *t*. Participants presented a low level of stress ($M = 1,8$, $SD = 0,61$), and a low level of risky behaviour in the traffic ($M = 1,4$, $SD = 0,48$). It was observed a positive correlation between stress and risky behaviours whilst driving ($r = 0,32$; $p = 0,001$), which means that the higher a person's stress, the higher their tendency to present riskier behaviours whilst driving. Thus, because man is often responsible for the disorder of this space, it is necessary that the theme is systematically studied by Psychology.

Keywords: Traffic.Stress.Risky behaviours.

INTRODUÇÃO

Diante do aumento da população nos núcleos urbanos e com as facilidades de compra de veículos é visto o crescimento do número de transportes circulando nas vias. Assim, com este crescimento deve existir uma tomada de medidas para um melhor



Artigo

desempenho do trânsito, visto que a ampliação da frota de veículos tende a agravar os problemas já existentes, como poluição, congestionamentos, pedestres que não respeitam as regras de circulação, e cada vez mais motoristas estressados devido às situações vivenciadas no ambiente de trânsito no dia-a-dia (FREIRE, 2011).

O trânsito é constituído por três elementos essenciais: o homem, a via e o veículo, além de dimensões que predizem o comportamento humano como o conhecimento sobre o trânsito, a prática que é adquirida com o tempo e atitudes que não prejudicam aos demais participantes do trânsito. Diferentes condições dimensionam o comportamento de dirigir, dentre elas destacamos as condições de luz, de tempo, de via, de veículo, uso de substâncias psicoativas, estresse, emoção, sono (HOFFMANN; CRUZ; ALCHIERI, 2003).

No âmbito nacional, as normas que regem o trânsito brasileiro se encontram instituídas por meio da Lei nº 9.503/1997. O Código de Trânsito Brasileiro (CTB) foi criado com o intuito de definir as atribuições dos Órgãos e Entidades ligadas ao trânsito, para se garantir um melhor funcionamento do sistema de trânsito. Segundo o Art. 1º § 1º do CTB, trânsito pode ser conceituado como “a utilização das vias por pessoas, veículos e animais, isolados ou em grupos, conduzidos ou não, para fins de circulação, parada, estacionamento e operação de carga ou descarga” (BRASIL, 2016, p. 2).

Segundo dados apresentados pela Organização das Nações Unidas (ONU) o Brasil é o país com mais mortes no trânsito na América do Sul e estima que as mortes nas estradas possam chegar a 1 milhão por ano até 2030 (FOLHA DE SÃO PAULO, 2016). Segundo Rozestraten (1988) a conduta do homem é, frequentemente, apontada como a principal responsável pelas situações de risco no ambiente de trânsito, daí a importância de estudos no contexto da Psicologia.

A ação de dirigir compreende um processo de influência mútua das funções psicológicas e cognitivas do homem. Diversos fatores estão vinculados à condução de um veículo, desde memória e atenção, até a tomada de decisões frente às situações comuns no trânsito como tráfego de pedestres e veículos, além de estímulos relacionados a fatores emocionais, que por sua vez influenciam o comportamento e a forma como o indivíduo conduz o veículo. Sob influência desses fatores o homem pode provocar diversas situações, como acidentes e violência, colocando em risco aqueles que fazem parte desse ambiente (BALBINOT; ZARO; TIMM, 2011).

Os estados emocionais do condutor tem associação com o seu comportamento no trânsito, visto que o estresse, a ansiedade e a agressividade teriam conexão com acidentes de trânsito (QUIRINO; VILLEMOR-AMARAL, 2015). A agressividade gerada pelo estresse cotidiano e também pelo próprio trânsito faz com que esse comportamento



Artigo

agressivo de um condutor seja estimulado nos demais condutores, pois, quando o organismo sente-se em perigo, ele tenta ajustar-se para aquela situação, com isso revelando comportamentos que colocam em risco sua segurança no trânsito (TEBALDI; FERREIRA, 2004). Diante desses aspectos, questionamos: quais os principais comportamentos de risco apresentados por condutores? Qual a relação entre comportamentos de risco no trânsito e a presença de estresse entre os condutores?

O posicionamento adotado pelo condutor é o principal responsável pelos acidentes de trânsito, a tomada de decisão nesse ambiente é muito perigosa, muitas vezes os condutores estão com as emoções alteradas e tendem a aumentar a incidência de comportamentos imprudentes, tais como excesso de velocidade, ultrapassagens inseguras, não utilizar as luzes indicadoras de direção e/ou faróis apagados, desrespeitar a sinalização, ultrapassar pela direita ou muitas vezes pelo acostamento das rodovias, ignorar as faixas de pedestres, dirigir veículos com pneus carecas ou amortecedores vencidos, usar celular, dirigir sob uso de álcool, não usar cinto de segurança, são alguns dos comportamentos imprudentes mais realizados pelos condutores (POLLI; THIELEN; HARTMANN; SOARES, 2010).

É cada vez maior o índice de acidentes relacionados ao uso do aparelho celular no trânsito, o seu uso está entre as infrações mais comuns realizadas pelos condutores de veículos, sendo considerada infração gravíssima, tendo como penalidade de sete pontos na Carteira Nacional de Habilitação (CNH) e multa de R\$ 293,47 (PORTAL DO TRÂNSITO, 2016). Dados do Seguro DPVAT mostram que ocorrem cerca de 1,3 milhão de acidentes por ano relacionados ao uso do celular enquanto se conduz o veículo (DETRAN -TO, 2016).

Não apenas o uso do celular, mas também o uso de substâncias pode influenciar o modo de conduzir um veículo. Apesar das várias campanhas realizadas para não combinar álcool e outras drogas com a condução de veículos, e apontando as várias consequências que o uso dessas substâncias provocam, além do condutor sofrer penalidades previstas pelo CTB como sete pontos na Carteira Nacional de Habilitação (CNH), multa de R\$ 2.934,70, suspensão do direito de dirigir e detenção de seis meses a três anos (DETRAN -TO, 2016).

O álcool é a substância mais consumida antes de fazer uso da direção veicular, o uso do mesmo dependendo da quantidade pode trazer diversos prejuízos para o condutor, a exemplo de diminuição da atenção e da vigilância, reflexos mais lentos, dificuldade de coordenação e redução da força muscular, perda da consciência, parada respiratória e até mesmo a morte, causada pela insuficiência respiratória. Além de por em risco os outros participantes do ambiente de trânsito (TRÂNSITO IDEAL, 2015).



Artigo

Diante do exposto, o governo adotou medidas para diminuir o consumo do álcool combinado com a direção, uma dessas medidas chamada de Operação Lei Seca, que veio a ter algum resultado apenas quando a tolerância ao ato se tornou zero (PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2015). Algumas drogas consumidas como a cocaína podem estimular o condutor a realizar comportamentos de risco devido à perda de concentração e atenção, e maior sensibilidade à luz, em virtude das pupilas dilatadas. Além de produzir sintomas perturbadores do Sistema Nervoso Central, tais como paranoia e alucinações, podem influenciar o comportamento de risco (PONCE; LEYTON, 2008).

Além de todas as outras situações que podem dificultar a condução do veículo, ligado a fatores emocionais, o uso de substâncias, uso do celular, a condição do veículo, de via e de tempo, também influencia diretamente o modo como o condutor se comporta no trânsito. A demasia de luz solar pode causar ofuscamento direto no condutor ou pelo reflexo da luz em objetos, como latas, vidros, no próprio para-brisa, assim como a falta de iluminação na via ou rodovias, podem causar pouca visibilidade ao condutor, impossibilitando ele de perceber alguns problemas e evitá-los. O vento, a chuva, fumaça, neblina, também interferem, pois podem deixar a pista escorregadia ou lisa, e até desmoroamento de encostas, além de prejudicar a visibilidade do condutor (DETRAN - PR, 2006).

Dentre os fatores emocionais envolvidos nos comportamentos de risco, encontra-se o estresse. Este está relacionado a estados emocionais, e qualquer que seja a situação vivenciada pelo ser humano pode gerar uma situação de estresse, assim, cada indivíduo lida de diferentes formas com ele, a depender de fatores como sexo, raça, personalidade, construção genética, está ligado ao estímulo de estressores, o domínio desses estímulos estressores tem ligação direta com a saúde do indivíduo (FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999).

O trânsito se torna um ambiente estressor devido acontecimentos que produzem perda de tempo, como ser atrapalhado por outros condutores, obras sem sinalização adequada na via, e os engarrafamentos em horários incomuns podem aumentar a tensão e falta de controle da situação. Duas situações comuns que estão presentes nesse contexto do trânsito é que o motorista estressado causa confusão no trânsito, e que o motorista fica estressado por causa da desordem no trânsito (TRÂNSITO WEB, 2011).

Santos; Cardoso; Santos (2012) descrevem dois tipos de estresse: o eustresse (positivo) e o distresse (negativo), e que pode se manifestar por meio físico (dores na coluna) ou psicológico (falta de concentração e memória), quando ele é positivo tende a diminuir mais rápido do que o estresse negativo, pois pode ser entendido como motivador e produtivo ao indivíduo. No caso do distresse(negativo), as emoções idealizadas como



Artigo

ruins e geradoras do estresse tendem a se manter por um período maior, levando o indivíduo a um estágio de exaustão emocional, podendo acarretar em consequências mais graves, como depressão, úlceras gástricas, diabetes, dentre outras.

Selye (1980) definiu a manifestação do estresse ocorre por meio da Síndrome Geral de Adaptação (SGA). Ele é considerado um estímulo ou uma resposta, a depender da pessoa e do ambiente, o estresse apresenta-se em três fases: a primeira é a fase de alarme, determinada por manifestações agudas, a segunda é a fase de resistência, quando as manifestações agudas desaparecem e a terceira é a fase de exaustão, que é o retorno das reações da primeira fase e podendo haver o colapso do organismo, onde aparecem as doenças decorrentes do sistema imunológico (FILGUEIRAS; HIPPERT, 1999).

Os estímulos estressores estão divididos pelo menos em duas categorias, os macro estressores, que são aquelas situações que exigem uma maior adaptação do sujeito em relação ao estímulo, pois são situações que geram transformações na vida do indivíduo, como exemplo a perda de um ente querido, casamento, mudar de cidade, chegada de um filho, já os micro estressores são situações cotidianas da qual exigem uma resposta adaptativa imediata do indivíduo, apesar de não terem um impacto grande como os macros estressores, pesquisas revelaram que são os que mais adoecem as pessoas, devido acontecerem com maior frequência, tendo como exemplo a tensão no trânsito, relações interpessoais no trabalho, dentre outros (FARO; PEREIRA, 2013).

O estado emocional do condutor influencia em sua tomada de decisão, mas não é apenas isso que coloca em risco a sua segurança, portanto é importante que o condutor tome algumas providências em relação a sua segurança no trânsito. Várias medidas foram tomadas pelos órgãos competentes para que a incidência de acidentes e comportamentos indesejados seja reduzida, como o uso de radares e lombadas eletrônicas, aplicações de multas, blitz da Lei Seca (POLLI et al., 2010). Além do mais é importante ter informações sobre a estrada que vai se utilizar, para que se tenha uma viagem tranquila, saber das condições dela, das curvas, se tem acostamento, buracos, desvios, etc.

É importante também considerar as condições do veículo, pois além de causar riscos, pode proceder em alguma penalidade prevista no CTB. É sempre importante fazer a manutenção do veículo para evitar possíveis transtornos. Dirigir defensivamente é eficaz para prevenir os acidentes ou pelo menos tornar mínimos seus resultados (DETRAN - PR, 2006).

Nesse contexto o Psicólogo do Trânsito busca compreender não apenas o comportamento humano, mas também a interação entre homem, veículo e via, dessa forma ampliando o seu leque de atuação, ele faz isso através da observação e experimentação para que se possam formar comportamentos seguros. “A psicologia do



Artigo

Trânsito nasceu do estudo do acidente, mas avançou na direção da avaliação dos fatores que levam ao acidente e, em particular dos conflitos associados” (HOFFMANN et al., 2003, p. 45). Com a criação dos Departamentos de Trânsito no Brasil, o campo da Psicologia foi expandido, pois necessitavam do profissional de Psicologia para poder realizar a avaliação psicológica, devido à demanda para obtenção de CNH, além de ações para prevenir acidentes; perícia em exames para motorista objetivando sua readaptação ou reabilitação profissional e tratamento de fobias ao volante (SILVA; GÜNTER, 2009).]

Com a Resolução de Nº 267/2008 do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN), instituiu-se algumas mudanças importantes para o desenvolvimento do trabalho do psicólogo, dentre elas, a que só serão credenciados os profissionais portadores de título de especialista em psicologia do trânsito reconhecido pelo CFP. Essa medida é importante para que, tenhamos profissionais mais capacitados para atuar em diversos problemas do trânsito, desenvolvendo novas aptidões. Com essas medidas tomadas, se vê o aumento de cursos de especialização nessa área, e assim cada vez mais o crescimento do campo (SILVA; GÜNTER, 2009).

A Resolução nº 425, de 27 de novembro de 2012, discorre sobre o exame de aptidão física e mental, a avaliação psicológica e o credenciamento das entidades públicas e privadas de que tratam o art. 147, I e §§ 1º a 4º e o art. 148 do CTB. A avaliação psicológica nesse contexto busca analisar pontos como tomada de informação, processamento de informações, tomada de decisão, comportamento e traços de personalidade do candidato à CNH (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2012).

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de campo, descritivo, quantitativo e correlacional. De acordo com Gil (2008) um estudo descritivo busca apresentar as características de algumas populações ou fenômeno determinado. Para Pilati (2007) o estudo correlacional possibilita descobrir relações entre determinadas variáveis, mas sem atribuir causalidade, por ser quantitativo busca mostrar numericamente a frequência e a intensidade dos comportamentos dos indivíduos de uma determinada população (GATTI, 2012).

A aplicação do instrumento de coleta foi realizada a partir de questionários online (n=107) por meio das redes sociais, através da ferramenta *Formulários Google*, com participantes da região Nordeste do Brasil, e por abordagem direta (n=43) com os participantes nas dependências das Faculdades Integradas de Patos (FIP), com duração média de 10 (dez) minutos.



Artigo

Contou-se com a participação de 150 motoristas. A maioria dos participantes (60%) era do sexo masculino, com idades entre 18 e 60 anos ($M = 30$, $DP = 9,76$). Como critério de inclusão foram convidados a participar apenas aqueles com ao menos 18 anos e mínimo de 1 (um) ano de CNH. Assim, os critérios de exclusão foram não possuir CNH, possuir CNH, mas não ter experiência no trânsito há mais de 1 (um) ano.

A pesquisa foi iniciada após aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos (FIP), com o parecer emitido sob o protocolo CAAE: 62356516.4.0000.5181. Levaram-se em consideração os aspectos éticos que envolvem as pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Foi feito um breve esclarecimento sobre a importância do estudo, e, após todos os esclarecimentos, foi solicitado o consentimento para participação voluntária da pesquisa por meio do TCLE. Este instrumento assegura os direitos e deveres que dizem respeito à ética na pesquisa com seres humanos, enfatizando a liberdade de escolha e de desistência do participante voluntário sem qualquer prejuízo, além do sigilo nas informações e do anonimato quanto aos sujeitos envolvidos. Feito isso foi realizada a aplicação do instrumento de coleta de dados.

Foi utilizada a Escala de Estresse Percebido, que é a versão brasileira da *Perceived Stress Scale-PSS*, desenvolvida por Cohen; Karmark; Mermelstein (1983), traduzida e adaptada por Luft; Sanches; Mazo; Andrade (2007). Essa versão contém 10 (dez) questões que avaliam o estresse sob três aspectos: presença de agentes específicos que causam estresse, sintomas físicos e psicológicos do estresse e percepção geral de estresse, com alfa 0,84, as opções de resposta variam de zero a quatro (0= nunca, 1= quase nunca, 2=às vezes, 3=frequentemente, 4=muito frequente). Utilizou-se também um questionário relacionado ao contexto do trânsito (Apêndice), elaborado pela autora do presente estudo, o instrumento foi construído para que se pudesse medir quais os comportamentos de risco são adotados pelos condutores, o mesmo contém 8 (oito) questões ligadas a comportamentos de risco no trânsito, com alfa 0,58, as opções de resposta variam de zero a quatro (0= nunca, 1= quase nunca, 2= às vezes, 3= frequentemente, 4= muito frequente), além do questionário sociodemográfico.

Em ambas as formas de aplicação do instrumento, questionário online e abordagem direta, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, o sigilo das informações coletadas e sobre a possibilidade de desistência a qualquer momento do colaborador, sem que isso implicasse qualquer tipo de prejuízo ao mesmo, já que sua participação era voluntária.



Artigo

Os dados foram avaliados a partir do Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS) para Windows – versão 21, para a análise fatorial. Os procedimentos para análise de dados foram os seguintes: correlação de Pearson para se verificar a hipótese de que quanto mais estressado o motorista estiver, maior será a chance de realizar comportamentos de risco; ANOVA One-way para comparar o tempo de experiência no trânsito e comportamentos de risco, e Teste *t* para comparar homens e mulheres quanto ao estresse e comportamentos de risco.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O trânsito é um meio de interação social com normas, onde as pessoas se deslocam a pé ou em qualquer outro tipo de veículo sendo assim necessário que tanto os pedestres quanto os condutores apresentem comportamentos que contribuam para um bom desempenho desse meio (ROZESTRATEN, 1988). Ele oferece alguns elementos básicos que são importantes para sua caracterização como, calçadas, pistas, equipamentos como os terminais de integração dos transportes públicos ou o sistema de sinais de trânsito, que é o que norteia o trânsito e o que forma sua infraestrutura. A infraestrutura do trânsito é de suma importância pelo fato de permitir o tráfego de pessoas a pé, em veículos particulares ou de transporte de cargas (GONÇALVES, 2012). O Sistema Nacional de Trânsito dispõe de Órgãos e Entidades que buscam a organização, fiscalização, administração, policiamento, julgamento de infrações e de recursos, aplicação de penalidades, dentre outras funções. Esses Órgãos e Entidades estão divididos nas esferas Federal, Estadual e Municipal (BRASIL, 2016).

Inicialmente, buscou-se analisar as variáveis referentes à experiência dos participantes no trânsito.

Tabela 1 - Tempo de experiência no trânsito dos participantes.

Experiência no Trânsito	F	%
1 a 2 anos	30	20
2 a 5 anos	38	25
Mais de 5 anos	81	55
Total	149	100



Artigo

A maioria dos participantes (70%) informou que dirige todos os dias, apenas 5% declarou dirigir poucas vezes ao ano. Quanto ao tipo de veículo conduzido, 69% conduz veículo de passeio/carro, 27% conduzem motocicleta e 4% conduz caminhão/ônibus/van.

A CNH é muito desejada entre os futuros condutores, mas, muitas vezes, não se dão conta da responsabilidade que devem ter diante do trânsito, existe uma grande diferença entre guiar um veículo e saber dirigir, existem situações onde o condutor tem anos de experiência, mas não tem responsabilidade na condução do veículo, no entanto há outras situações onde o condutor tem pouca experiência, mas tem responsabilidade e cumpre com as normas de trânsito, isso vai variar de um condutor para o outro. A experiência só vem com a prática e por isso é interessante que todos os condutores sejam eles iniciantes ou não, tenham bom senso, paciência e respeito com os demais, pois a questão de experiência muitas vezes está ligada à incidência de acidentes de trânsito (PANICHI; WAGNER, 2006).

A maioria dos participantes nunca recebeu multa por infração de trânsito (68%). Aqueles que receberam (32%), cometeram infrações como, excesso de velocidade (42%) conduzir o veículo sem portar documentose sem capacete, transitar em via liberada apenas para ônibus, estacionar em local proibido, tacógrafo irregular, conduzir veículo sob efeito de álcool, uso de celular ao volante e lanterna quebrada. Quanto aos acidentes de trânsito, 64% declararam já terem se envolvido em acidentes em que disseram não ter culpa, e 15% declararam já terem se envolvido em acidente no qual teve culpa.

Morini (2014) acrescenta que o carro muitas vezes é utilizado como um compartimento da sua casa, dessa forma fazendo o condutor se comportar naquele ambiente de trânsito que é público, como se estivesse no ambiente privado que é a sua casa. Se algo acontece com o carro, pode ser entendido pelo condutor como uma ameaça a sua segurança e sobrevivência, como uma invasão do seu ambiente. Cada participante do trânsito tem um objetivo e acha que é mais importante que o das outras pessoas.

O motorista que está atrasado tem a ideia de que todos os outros só estão ali para atrapalhar a sua mobilidade, fazendo com que esse motorista origine um combo de sentimentos de desprazer e frustrações, por não conseguir lidar de forma assertiva com tal condição, e assim podendo criar situações que coloquem em risco a sua segurança e a dos demais (MENEZES, 2003 apud TEBALDI; FERREIRA, 2004). Isso poderia explicar o porquê da maioria dos participantes da pesquisa já terem se envolvido em algum tipo de acidente do qual disseram não ter culpa.

A culpa ou não dos acidentes é algo muito relativo, a não ser que seja óbvia a culpa do condutor, raramente alguém assume a responsabilidade pelo ocorrido, apesar de ser uma questão de moralidade de o sujeito assumir a responsabilidade. A culpa é uma



Artigo

emoção que está associada ao medo por não conseguir remediar o acontecido e a vergonha, por ter realizado tal ato e pelo julgamento dos outros (CORREIA, 2014). Ela se apresenta em diferentes versões, aquela que é evidente e consciente ao sujeito, a que não se proclama como culpa e a culpa silenciosa, que não é explícita, mas que castiga o sujeito através dos mecanismos de defesa, trazendo para o mesmo sentimento de aflição e menos valia (GASPAR, 2007).

Os participantes apresentaram um baixo nível de comportamentos arriscados no trânsito ($M = 1,4$, $DP = 0,48$), considerando que o ponto médio da escala é 2,5. Os principais comportamentos de risco adotados pelos participantes da pesquisa foram: uso do celular (40,7%), excesso de velocidade (25,3%) e uso de álcool (22%). Estudos experimentais já realizados mostram que os condutores que utilizam o celular enquanto conduzem o veículo tem um risco maior de se envolver em algum acidente de trânsito, comparado ao condutor que não faz uso do aparelho enquanto conduz o veículo (MAURO, 2001). O uso de álcool está associado à cerca de 3,3 milhões de mortes no mundo a cada ano, provocando acidentes muitas vezes fatais e diversos outros prejuízos (CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL, 2014).

O excesso de velocidade é uma das principais causas de multas e de acidentes no trânsito, pois quanto maior a velocidade maior será o tempo necessário para a frenagem em caso de situações inesperadas, aumentando a possibilidade de o motorista perder o controle do veículo diminuindo a capacidade dele perceber algum tipo de perigo na estrada que poderia ser evitado se a velocidade fosse menor (TRÂNSITO IDEAL, 2015).

A apresentação de comportamentos de risco também parece estar associada à experiência do motorista. Essa disposição a praticar comportamentos de risco no trânsito entre os condutores de um modo geral estaria ligada principalmente à frustração. Quando o indivíduo se encontra em algum tipo de situação ameaçadora, ele tende a reagir tanto para atacar, como para provocar, sua reação vai depender dos seus valores e cultura, assim podendo utilizar o veículo como ferramenta para manifestar esse tipo de comportamento (QUIRINO; VILLEMOR-AMARAL, 2015). Assim, buscando compreender essa temática, foi realizada uma comparação entre o tempo de experiência no trânsito e comportamentos de risco, conforme pode ser visto na Tabela 2.



Artigo

Tabela 2 - Comparação entre o tempo de experiência no trânsito e comportamentos de risco

Experiência /Comportamentos de risco	M	DP
1 a 2 anos	1,2	0,49
2 a 5 anos	1,5	0,37
Mais de 5 anos	1,4	0,50

Nota: Dados obtidos através da ANOVA One-way

Conduziu-se uma ANOVA One-way buscando comparar comportamentos de risco relatados três grupos de motoristas em função do tempo de experiência no trânsito: 1 a 2 anos, 2 a 5 anos e mais de 5 anos. Verificou-se uma diferença significativa, $F(2, 146) = 3,86$, $p = 0,023$. Especificamente, observou-se que os indivíduos com 1 a 2 anos ($M = 1,2$, $DP = 0,49$) de experiência apresentaram significativamente menos comportamentos de riscos em comparação com os indivíduos que dirigem entre 2 e 5 anos ($M = 1,5$, $DP = 0,37$) e a mais de 5 anos ($M = 1,4$, $DP = 0,50$).

Como proposto por Mauro (2001), a falta de experiência no trânsito muitas vezes faz com que alguns motoristas fiquem receosos a realizarem qualquer tipo de comportamento que vá comprometer a sua segurança e a dos demais participantes daquele ambiente, inclusive por medo das punições previstas no CTB, como multas e até mesmo a suspensão da CNH, possivelmente o que ocorreu na amostra pesquisada. Por outro lado, motoristas com mais experiência no trânsito por já estarem acostumados com aquele ambiente e por excesso de autoconfiança não enxergam o perigo, por vaidade, desprezando os demais, detestando ser ultrapassado por um veículo de menor porte, e por saberem que muitas vezes o sistema de fiscalização de trânsito é falho, tendem a serem mais irresponsáveis no trânsito do que os com pouca experiência, claro que isso não se aplica a todos os motoristas.

Não houve diferença significativa entre homens e mulheres quanto ao nível de comportamentos de risco no trânsito ($p > 0,05$), $t(147) = -1,68$, mas houve uma diferença significativa em relação ao estresse $t(148) = -1,36$, conforme pode ser visto na Tabela 3 as médias.

Tabela 3- Média dos participantes quanto ao nível de estresse

Nível de Estresse	M	DP
Feminino	1,99	0,60
Masculino	1,64	0,58
Total	1,8	0,61



Artigo

Em contrapartida, existem diferenças no modo como homens e mulheres conduzem seus veículos, embora os homens tendam a cometer mais infrações e comportamentos arriscados, são as mulheres que tem o nível de estresse mais alto, corroborando com a pesquisa que foi realizada conforme estudo de Correia; Horta (2014). Provavelmente o fato de algumas mulheres serem mais cautelosas do que alguns homens, levam elas a se irritarem mais facilmente com os comportamentos adotados pelos outros motoristas, com isso aumentando o nível de estresse.

Em geral, os participantes apresentaram um nível abaixo da média de estresse, uma vez que o ponto médio da escala é 2,5. De acordo com Amorim (2013) é quase impossível não ter pelo menos um instante ou alguma situação ligada ao trânsito que não produza estresse, principalmente nos grandes centros urbanos, o estresse pode variar, uma situação estressora para um condutor pode não ser para o outro.

Levando em consideração o objetivo principal do presente trabalho, buscou-se verificar a correlação entre o nível médio de estresse e a apresentação de comportamentos arriscados no trânsito. Observou-se uma correlação positiva entre estresse e comportamentos de risco no trânsito ($r = 0,32$; $p = 0,001$). Estes resultados indicam que quanto maior o nível de estresse de um indivíduo, maior a sua tendência a apresentar comportamentos mais arriscados no trânsito. Como o ato de dirigir envolve muitas funções, tanto psicológicas quanto físicas do ser humano, a partir da análise realizada corrobora-se Santos et al.(2012), ao afirmarem que o estresse pode influenciar os condutores na tomada de decisão na situação de trânsito, presumindo que o estresse é prejudicial para o condutor, por desencadear essa variação de comportamentos de risco.

Em estudos realizados por Mognon; Rueda (2016) foi verificado que o estresse foi um fator significativo para direção imprudente, dessa forma o efeito do estresse sobre o comportamento de direção perigosa foi mediado pelo traço da personalidade raiva. Como sugere Quirino; Villemor-Amaral (2015) o condutor está mais vulnerável ao estresse devido à soma das situações, e utiliza o trânsito como um meio de arremessar e descarregar toda a sobrecarga existente nele, gerando diversos outros conflitos no meio desde discussões até acidentes, o que indica mais uma vez a negatividade do estresse no trânsito.

A realização do psicotécnico não diminui os acidentes de trânsito, e como foi visto na literatura a Psicologia do Trânsito não se resume apenas à avaliação psicológica, mas também procura entender a interação entre homem, veículo, via, desse modo podendo contribuir de diversas formas, como para que não só os futuros motoristas, mas também os que já estão em atividade possam realizar comportamentos seguros e que assim o trânsito se torne um ambiente mais saudável para todos (HANTOWER, 1986).



Artigo

Além do exposto, observou-se também que os comportamentos de risco estão presentes nos indivíduos mais jovens ($r = -0,22$, $p = 0,006$). Apesar de como a literatura traz que os jovens tendem a apresentar mais comportamentos de risco devido a atributos próprios da juventude, como a impulsividade, a necessidade de autoafirmação diante dos demais jovens, e a busca por emoções, utilizando o veículo como um instrumento de liberdade e autonomia e assim desrespeitando diversas normas de segurança no trânsito, aumentando as chances de ocorrência de acidentes (ANDRADE; BRAGA; MOREIRA; BOTELHO, 2003), não quer dizer que essas características sejam exclusivas da juventude, pois é visto diversos motoristas com anos de experiência com comportamentos imprudentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trânsito é palco de diversas situações conflituosas e desgastantes, tornando-se um ambiente estressor. O comportamento humano pode ser influenciado por diversos fatores, e esses fatores podem influenciar na forma como ele participa do trânsito. O homem é uma peça chave de integração entre o veículo e a via, e é o principal responsável pela desordem neste ambiente, e as suas escolhas diante do trânsito farão a diferença.

Por meio do objetivo principal buscou-se verificar se o estresse tem relação com a prática de comportamentos de risco. Por meio dos testes realizados confirmou-se o que havia em parte dos estudos relacionados, uma vez que o estresse tem influência na tomada de decisão do condutor. Todavia, outros fatores podem influenciar, e a soma dos eventos ocorridos com o condutor pode levar a comportamentos imprudentes.

Verificou-se que os comportamentos de risco estão presentes nos indivíduos mais jovens, sendo esse um grupo populacional potencial para inclusão em campanhas de conscientização no trânsito, com vistas à adoção de comportamentos mais seguros.

Além disso, é preciso entender que o estresse é considerado um vilão e estar ligado a esse tipo de comportamento. Todavia, medidas podem ser adotadas, não no sentido de acabar com o estresse, até porque é impossível, mas para que os motoristas utilizem outras formas saudáveis para liberar o estresse, ao invés de usar o trânsito como forma de descarregar a sua tensão.

Esse é um aspecto que poderia ser tratado nas autoescolas, uma vez que as aulas que ministram são insuficientes para que o futuro condutor saia preparado para o dia a dia no trânsito. Também é preciso refletir que os testes para a obtenção de carteira de habilitação não tem o poder de prever quem vai ser um condutor infrator ou não, nem



Artigo

tem como diminuir os acidentes. Trata-se mais de uma atitude preventiva focada na qualidade de vida no trânsito, que deve ser promovida pelos diversos órgãos que lidam o trânsito.

Neste sentido, o psicólogo do trânsito pode trabalhar nessa questão de comportamentos de risco com os atuais e futuros motoristas por meio da psicoeducação. É preciso lembrá-los dos deveres que assumem ao utilizar um veículo, de forma que se conscientizem e consigam promover comportamento adequado, voltado ao convívio pacífico e à valorização da vida.

REFERÊNCIAS

AMORIM, C. M.S. *Estresse em mototaxistas*. 61f. Monografia (Especialização em Psicologia do Trânsito). Universidade Paulista, Maceió – AL, 2013

ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; BRAGA, G. P.; MOREIRA, J. H.; BOTELHO, F.M.N. Comportamentos de risco para acidentes de trânsito: um inquérito entre estudantes de medicina na região sul do Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v.49, n. 4, 439-444, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v49n4/18346.pdf>>. Acesso em 12/02/2017

BALBINOT, A. B.; ZARO, M. A.; TIMM, M.I. Funções psicológicas ecognitivas presentes no ato de dirigir e sua importância para os motoristas no trânsito. *Ciências e Cognição*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, 13-29, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-58212011000200003>. Acesso em: 20/10/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em: 14 de maio de 2016.

BRASIL. *Código de Trânsito Brasileiro*. Lei nº 9.503/1997. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9503Compilado>. Acesso em: 23/08/16.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL. *Álcool e trânsito*. 2014. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/4692/alcool-transito.php>>. Acesso em: 19/07/2016.



Artigo

COHEN, S.; KAMARCK, T.; MERMELSTEIN, R.A global measure of perceived stress.*Journal of Health and Social Behavior*, v. 24, n. 4, 385-396, dez.,1983.Disponível em: <<http://www.psy.cmu.edu/~scohen/globalmeas83.pdf>>. Acesso em 17/07/2016.

CORREIA, J. P.; HORTA, M. P. C. Personalidade e comportamentos de risco de motoristas: diferenças entre sexos.*Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 16, n. 1, 79-90, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v16n1/07.pdf>>. Acesso em: 23/10/2016.

CORREIA, J. P. (2014).*Traços de personalidade, estados emocionais e condução: um estudo comparativo entre condutores de ambos os sexos*.368f. Tese (Doutorado em Ciências e Tecnologias da Saúde) –Faculdade de Medicina de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa - Portugal, 2014. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/16153/1/ulsd0700_23_td_Jose_Correia.pdf>. Acesso em: 23/10/2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Resolução nº 425, de 27 de novembro de 2012*. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/wpcontent/uploads/2013/09/Resolu%C3%A7%C3%A3o-425-do-CONTRAN.pdf>>. Acesso em: 12/12/2016.

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO (Paraná).*Educação para o trânsito*. Detran – PR, 2006. Disponível em: <<http://www.educacaotransito.pr.gov.br/>>. Acesso em 12 03/2017.

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO (Tocantis). *Infrações de Trânsito*. Detran-TO, 2016. Disponível em: <http://www.detran.to.gov.br/index.php?option=com_detran&view=sobre&catid=10&Itemid=117>. Acesso em: 10/01/2017.

FARO, A.; PEREIRA, M. E. Estresse: Revisão Narrativa da Evolução Conceitual, Perspectivas Teóricas e Metodológicas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 14, n. 1, 1645-1686, mar., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100006>. Acesso em:23/10/2016.



Artigo

FILGUEIRAS, J. C., & HIPPERT, M. I. S. A polêmica em torno do conceito de estresse. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v.19, n. 3, 40-51, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v19n3/05.pdf>>. Acesso em: 02/02/2017.

FOLHA DE SÃO PAULO. *Brasil é o quarto país com mais mortes no trânsito na América, diz OMS. (19/05/2016)*. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2016/05/1772858-brasil-e-o-quarto-pais-com-mais-mortes-no-transito-na-america-diz-oms.shtml>>. Acesso em: 10/08/2016.

FREIRE, R. T. S. *Trânsito: Um problema urbano*. Monografia (Especialização em Engenharia Urbana) - Escola Politécnica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, 2011. Disponível em: <http://www.peu.poli.ufrj.br/arquivos/Monografias/Renato_Teixeira.pdf>. Acesso em: 10/08/2016.

GASPAR, T. R. O sentimento de culpa e a ética em psicanálise. *Psyche*, São Paulo, v. 11, n. 20, jun., 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psyche/v11n20/v11n20a04.pdf>>. Acesso em: 02/02/2017.

GATTI, B. A. *Abordagens quantitativas e a pesquisa educacional*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/USP, 2012.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, V. P. F. *Uma reflexão do comportamento humano: O trânsito como espaço de convivência social*. Monografia (Especialização em Gestão, Educação e Segurança no Trânsito). Pós-Graduar, Belo Horizonte – MG, 2012.

HANTOWER, M. O trânsito expressa o uso do espaço urbano. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 6, n. 2, 19-21, 1986. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v6n2/06.pdf>>. Acesso em: 12/10/2016.

HOFFMANN, M. H.; CRUZ, R. M.; ALCHIERI, J. C. *Comportamento humano no trânsito*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.



Artigo

LUFT, C. D. B.; SANCHES, S. DE O.; MAZO, G. Z.; ANDRADE. AVersão Brasileira da Escala de Estresse Percebido: Tradução e Validação parágrafo Idosos. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.41, n. 4, 606-615, 2007. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/5932.pdf>>. Acesso em: 03/11/2017.

MAURO, M.L. F. *Acidentes de trânsito: Perfil epidemiológico de vítimas e caracterização de alguns traços de personalidade de motoristas infratores em Campinas, São Paulo*. Tese (Doutorado em Ciências Médicas, Área de Saúde Mental) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP, 2001.

MENEZES, P. *Comportamento agressivo*. 2003. Disponível em:

<http://www.advir.com.br/psicologia/comportamento/agressividade.asp>>. Acesso em 02/12/2016.

MOGNON, J. F.; RUEDA, F. J. M. Avaliação da personalidade no contexto do trânsito: revisão de literatura. *Avaliação Psicológica*, Campinas, v. 15, n. esp., 33-43,

2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v15nspe/v15nspea05.pdf>>.

Acesso em: 12/01/2017.

MORINI, A. N. A religião do motorista que se envolve em acidente de trânsito: revisão da literatura. *Boletim- Academia Paulista de Psicologia*, São Paulo, v. 34, n. 87, 429-454, dez., 2014. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2014000200009>. Acesso em: 12/01/2017.

PANICHI, R. M. D.; WAGNER, A. Comportamento de risco no trânsito: revisando a literatura sobre as variáveis preditoras da condução perigosa na população juvenil.

Interamerican Journal of Psychology, Porto Alegre, v.40, n. 2, ago., 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v40n2/v40n2a03.pdf>>. Acesso em: 9/10/2016.

PILATI, R. *Métodos de pesquisa em Psicologia Social: Psicologia Social como Ciência Empírica*. Universidade de Brasília, Brasília – DF, 2007. Disponível

em: <<http://www.psi-ambiental.net/pdf/RP20070321Metodos.pdf>>. Acesso em: 21/11/2016.

POLLI, G. M.; THIELEN, I. P.; HARTMAN, R. C.; SOARES, D. P. Excesso de

velocidade no trânsito: análise sob a perspectiva da moralidade. *Psicologia: Ciência e*



Artigo

Profissão, Brasília, v. 30, n. 1, 86-97, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a07.pdf>>. Acesso em: 10/11/2017.

PONCE, J. C.; LEYTON, V. Drogas ilícitas e trânsito: problema pouco discutido no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v.35, supl. 1, 65-69, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35s1/a14v35s1.pdf>>. Acesso em: 23/10/2016.

PORTAL DO TRÂNSITO. *Detran alerta para o perigo de usar o celular ao volante*. Disponível em: <<http://portaldotransito.com.br/noticias/detran-alerta-para-o-perigo-de-usar-o-celular-ao-volante/>>. Acesso em 03/06/2016.

PROMOÇÃO DA SAÚDE. *Direção após consumo de álcool aumenta riscos e gravidade de acidentes*. Disponível em: <<http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/assuntos/incentivo-a-reducao-do-consumo-de-alcool/noticias/direcao-apos-consumo-de-alcool-aumenta-riscos-e-gravidade-de-acidentes>>. Acesso em 20/07/2015.

QUIRINO, G. S.; VILLEMOR-AMARAL, A. E. Relação entre estresse e agressividade em motoristas profissionais. *Revista Psicologia e Saúde, Campo Grande*, v. 7, n. 2, 125-132, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v7n2/v7n2a06.pdf>>. Acesso em: 02/12/2016.

ROZESTRATEN, R.J. *Psicologia do Trânsito, conceitos e processos básicos*. São Paulo: EPU/EDUSP, 1988.

SANTOS, M. M.; CARDOSO, H. F.; SANTOS, T. M. M. Avaliação dos estressores no trânsito: desenvolvimento da escala de estressores trânsito. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v.12, n. 1, 175-187, 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8311/6094>>. Acesso em: 02/12/2016.

SELYE, H. *Selye's guide to stress research: volume I*. New York: Van NostrandReinhold, 1980.

SILVA, F. H. V. C.; GÜNTER, H. Psicologia do trânsito no Brasil: de onde veio e para onde caminha? *Temas em Psicologia*, v. 17, n. 1, 163-175, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v17n1/v17n1a14.pdf>>. Acesso em: 02/12/2016.



Artigo

TEBALDI, E.; FERREIRA, V. R. T. Comportamento no trânsito e causas da agressividade. *Revista de Psicologia da UnC*, v. 2, n.1, 15-22, 2004. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Vinicius_Ferreira3/publication/216885145_Comportamentos_no_transito_e_causas_da_agressividade_Behaviors_in_the_Traffic_and_Causes_of_Aggressiveness/links/05beffab67f9b7b180052aa0/Comportamentos-no-transito-e-causas-da-agressividade-Behaviors-in-the-Traffic-and-Causes-of-Aggressiveness.pdf>. Acesso em: 23/10/2016.

TRÂNSITO IDEAL. *Os efeitos do álcool no organismo*. 2015. Disponível em: <<http://www.transitoideal.com/pt/artigo/1/condutor/101/os-efeitos-do-alcool-no-organismo>>. Acesso em: 04/11/2016.

TRÂNSITO WEB. *O estresse no trânsito e sua relação com a saúde*. 2011. Disponível em: http://www.transitoweb.com.br/news_stories/19-o-estresse-no-tr-nsito-e-sua-rela-o-com-a-sa-de>. Acesso em: 04/11/2016.



Artigo

**EFEITOS DO TREINAMENTO RESISTIDO INTERVALADO SOBRE
VARIAVEIS ANTROPOMÉTRICAS DE INDIVÍDUOS JOVENS COM
SOBREPESO**

**EFFECTS OF TRAINING INTERVALED RESISTANCE ON
ANTHROPOMETRIC VARIABLES OF YOUNG PEOPLE WITH OVER-
WEIGHT**

Wíglify Breno Tavares Fernandes¹
Thiago Batista Campos de Sousa²
Giovani Amado Rivera³
Fábio Alexandre dos Santos Lira⁴

RESUMO: Recentes evidências apontam que o HIIT está se tornando um dos métodos mais utilizados no combate e prevenção da obesidade devido à sua eficiência no processo de redução da gordura corporal e no aumento da massa magra, sendo aplicado em um período de estímulo de curto prazo. Caracterização do estudo: Estudo descritivo, exploratório de abordagem qualitativa. Objetivo: O objetivo da pesquisa foi analisar as mudanças morfológicas causadas por um mês de treinamento usando o método HIIT na perimetria magra do músculo quadríceps nas mulheres e no braço em homens. Amostra: um total de 19 indivíduos participaram do estudo, com 9 do sexo masculino e 10 do sexo feminino que estavam em treinamento regular e não realizavam treino HIIT. Resultados: Descobriu-se que, para o gênero feminino que já estavam treinando em outro sistema, o HIIT usando a variação pausa de descanso e série combinada, produziu um aumento significativo na perimetria livre de gordura da coxa de 45,7cm a 48,3cm, e Dp de 3,4 / 2,3 em 4 semanas de treinamento. Conclusão: os resultados do presente estudo descrevem que o método aplicado foi suficiente para causar alterações significativas nas variáveis

¹ Graduando do Curso de Bacharelado em Educação Física das Faculdades Integradas de Patos.

² Bacharel em Educação Física pelas Faculdades Integrada de Patos.

³ Docente do Curso de Bacharelado em Educação Física das Faculdades Integrada de Patos.

⁴ Coordenador da Academia FIP-Fitness das Faculdades Integradas de Patos.



Artigo

morfológicas monitoradas no gênero feminino durante 4 semanas de treinamento, porem insuficiente para alterações significativas na composição corporal de ambos os gêneros.

Descritores: Treinamento. Musculação. Método.

ABSTRACT: Recent evidences point that HIIT is becoming is one of the most used methods in combating and preventing obesity due to its efficiency in in the process of reducing body fat and increased lean mass, being applied in a shorter-term period of stimulus. Characterization of the study: This was a descriptive study, exploratory of qualitative approach. Objective: The objective of the research was to analyze the morphological changes caused a month of training using the HIIT method in lean perimetry of the quadriceps muscle in women and the arm in men. Sample: A total of 19 individuals participated in the study, with 9 males and 10 females who were in regular training and not performing HIIT training. Results: It was found that to female gender that were already training in another system, the HIIT using variation of the rest-pause and combined set, produced a significant increase in perimetry free from fat of the thigh from 45,7cm to 48,3cm, Dp of 3,4/2,3 in 4 week of training. Conclusion: The results of the present study describe that the method applied was sufficient to cause significant in the monitored morphological variables changes in the female gender during 4 weeks of training, but it insufficient for significant changes in body composition of both genders.

Keyword: Training. Bodybuilding. Method.

INTRODUÇÃO

Considerada epidemia mundial, a obesidade apesar de originalmente ter sido característica de países desenvolvidos, levantamentos atualizados apontam para um aumento no número de obesos ou indivíduos com sobrepeso também em países de média e baixa renda, sendo geralmente associada a reduções dos níveis diários de atividade física popularmente denominado como sedentarismo e em concordância a desequilíbrios alimentares configurados num alto índice calórico, a obesidade hoje afeta todo o globo terrestre, excedendo os extratos socioeconômicos em que anteriormente estava restrita.



Artigo

A obesidade é um fator de risco para inúmeras doenças, onde as moléstias típicas que acometem os obesos são: Diabetes melito II, hipertensão arterial sistêmica, doença cardíaca isquêmica, dislipidemia, doenças cerebrovasculares, certos tipos de câncer, apneia obstrutiva do sono, osteoartrite e osteoartrose de joelho, síndrome metabólica, gota, dores lombares e doença do refluxo gastro esofágico, conforme Aizenstein (2016).

De acordo com Organização Mundial de Saúde - OMS (2012 apud AIZENSTEIN, 2016) o avanço do fenômeno é alarmante, estimando que caso não ocorra intervenções preventivas, até 2030 mais de 58% da população adulta será obesa ou considerada acima do peso, no Brasil segundo Varela (2009), em 1987 na cidade de São Paulo cerca de 6% dos homens eram considerados obesos, sendo que esse índice alcançou 12,4% em 2002, tendo o gênero feminino a diferença de 9,3 para 15%.

No ano de 2016 o número assustador de obesos no Brasil alcançou os 18 milhões, 70 milhões quando incluídos aqueles considerados acima do peso, refletindo na atenção dos órgãos responsáveis pela manutenção da qualidade de vida no país, sendo treinados servidores para atuar em programas com métodos capazes de modificar o quadro (AIZENSTEIN, 2016).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde - OMS (2015), a prática de atividades físicas é reconhecida hoje como um relevante recurso na promoção da qualidade de vida e conseqüentemente redução dos fatores de risco à saúde; sendo o Profissional de Educação Física, o único perito com condições operacionais e direitos legais de manipular os efeitos do esporte na esfera competitiva ou população comum (SOUSA; ASSIS NETO, 2016).

O treinamento com pesos tem se mostrado durante as arcaicas observações empíricas e décadas de intervenções científicas, uma eficiente ferramenta na melhora do desempenho e alterações morfológicas, no entanto, para a sua eficiência é necessário considerar complexos princípios, dentre eles a individualidade biológica, intensificadas essas exigências ao tratar da esfera competitiva, devido à necessidade de existir apenas um campeão ou quando tratado com o coletivo, onde ocorre a indigência de manipular variáveis coerentes a grupos homogêneos, com intuito de minimizar riscos ao alcançar necessárias adequações (SOUSA; ASSIS NETO, 2016).

Apesar de ser considerado como uma novidade, os primeiros estudos científicos envolvendo o treinamento intervalado são encontrados a partir da década de 30, porem sendo praticado em épocas arcaicas, devido existir sistemas como em 140 d.C., que muito se aproximariam das manipulações atuais, contudo foi em 1912 com o Finlandês Lauri Pinkala que o sistema se caracterizou, sendo este considerado o criador do *interval*



Artigo

training, ao aplicar em seus atletas disparos intensos de 100 a 200m, 4-5x, em pausas de 10-20min; já por volta de 1945 o Tcheco Emil Zátopek conquistou 18 recordes mundiais utilizando um planejamento de treino que consistia em distâncias de 200-400m num volume que alcançava 70 repetições diárias com intervalos de 1minuto (MONTEIRO; LOPEZ, 2009 apud BOSSI, 2016)

Recentes intervenções e inclusive realizadas no Brasil segundo relata Cardozo et. al (2015 apud BENTO, 2016); G1 (2015), tem demonstrado pelo alto controle das variáveis decorrente dos avanços tecnológicos, que sua aplicação ao contrário das hipóteses anteriores, favorece eficientemente no tratamento em patologias de alto risco.

Considerando que o HIIT tem se submetido a inúmeras adaptações durante as décadas, o TRP (treinamento resistido com pesos) pelas reais necessidades também foi contemplado com sua versão adaptada, existindo numerosos protocolos de treinamentos na literatura oriunda de grandes expoentes do desporto.

Durante o levantamento literário se destacou o programa elaborado pela equipe de profissionais liderada por Maurício de Arruda Campos, atual Presidente da IFBB Brasil, publicado na saudosa revista especializada Super Treino, programação composta por 4 arquétipos, contudo como mencionado anteriormente de acordo com a mesma equipe dois anos antes, indivíduos com predominância biotipológica endomórfica e em circunstâncias de indisponibilidade de tempo, para compensar o estresse mínimo de 20 minutos aeróbicos após o TRP, um dos métodos aplicados é o intervalo ativo, sendo esta a manobra para manter a promoção necessária do gasto calórico (CAMPOS; CORAUCCI NETO; BERTANI, 2014; CAMPOS; CORAUCCI NETO; BERTANI, 2012)

Atualmente várias vertentes têm sido destacadas no mundo como a do Prof. Japonês Izumi Tabata e do Canadense Martin Gibala, contudo existindo a difusão de duas nomenclaturas, denominadas de HIT (high intensity training) e HIIT (high intensity interval training), porém com possibilidades de considerar as seguintes particularidades:

HIT: abrange esforços entre 90% do pico de consumo de oxigênio acima do limiar ventilatório 2... O que permite ações mais longas (de 2 a 4 minutos) com um maior tempo de recuperação (de 50 segundos a 7 minutos). HIIT: consiste em esforços máximos ou submáximos, também conhecidos por all-out, que utilizam durações menores (de 5 a 30 segundos) e recuperações menores de 5 a 90 segundos. (SEILER; KJERLAND, 2006; BUCHHEIT; LAURSEN, 2013b; IAIA;



Artigo

BANGSBO, 2010; GIBALA; MCGEE, 2008 apud BOSSI, 2016. p. 18).

Assim, o desenvolvimento do presente estudo teve como objetivo geral: Verificar os efeitos de 4 semanas com treinamento intervalado sobre a composição corporal de jovens com sobrepeso. Teve como objetivos específicos: Comparar as respostas do presente trabalho com os achados literários relacionado aos efeitos do treinamento convencional; Verificar as alterações na composição corporal do braço nos homens e do quadríceps nas mulheres; Concluir ser o método abordado o ideal e eficiente entre gêneros sobre as condições expostas.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, exploratória de abordagem qualitativa dos dados, segundo Gil (2002), uma pesquisa é descritiva porque os fatos não possuem em nenhuma hipótese a interferência do pesquisador.

A população foi composta por jovens do sexo masculino e feminino com idade entre 18 a 30 anos que estiverem inscritos na academia escola das FIP na cidade de Patos PB. A amostra foi não probabilística intencional atingindo um número de 19 indivíduos, teve como critérios de inclusão as variáveis como: sexo, idade e inscrição regular na academia, sobrepeso, não executando o treino de HIIT, que estivessem segundo o perfil da classificação de treinamento do praticante aludido por Uchida et al. (2013), no nível de treinamento intermediário entre 2-6 meses de prática, frequência semanal de 3-2, exigência do treinamento média e com habilidades básicas. Os critérios de exclusão foram constituídos por pessoas com o perfil classificado em destreinado ou avançado, que não se encontraram com sobrepeso, não aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE), e indivíduos fora da faixa etária da pesquisa.

As medidas antropométricas (MC, Est, PCint e DC) foram realizadas pelos procedimentos aludidos por Sousa (2008), coletadas no laboratório de cineantropometria da instituição. A massa corporal (kg) foi determinada em balança analógica da marca WELLMY® com precisão de 0,100 kg e estatura por um estadiômetro da própria balança com precisão de 0,1 cm, o Índice de Massa Corporal (IMC) foi dado pela relação da massa corporal pelo quadrado da estatura (kg/m^2).



Artigo

A perimetria foi obtida por meio de uma trena antropométrica com precisão de 0,1cm, da marca SANNY®; o somatório de dobras cutâneas ($\sum DC$) foi determinado pelo protocolo de Guedes (1985) aplicado a universitários do gênero masculino $1,17136 - 0,06706 \text{ Log}_{10} (DC-AB+TR+SI)$ e feminino $1,1665 - 0,0706 \text{ log}_{10} (DC-Cx + SI + SE)$, coletadas através do adipômetro científico CESCORF® modelo tradicional reconhecido há mais de vinte anos em pesquisas científicas, com precisão de 0,1mm, medidas triplicatas (três vezes); para a conversão da densidade em % de gordura foi aplicado a equação de Siri (1961 apud SOUSA, 2008), sendo utilizado um gerenciador de planilhas, sobe alterações necessárias peculiares ao projeto (LOPES, 2016).

A análise da área segmentar isenta de gordura foi possível pela aplicação do protocolo citado por Moura (2014), proporcionando o monitoramento das alterações morfológicas no perímetro magro do braço PBr - $(\pi \times DC-Tr)$ e perímetro magro da coxa média PCxM - $(\pi \times DC-CxM)$, considerando que π : 3,1416; vale ressaltar das possibilidades de considerar diferenciação entre gêneros e rebate do tecido ósseo pela fórmula proposta por Heymsfield et al (1982 apud SANTOS, 2012), contudo o presente trabalho priorizou maior adequabilidade de análises respaldadas pela literatura consultada.

O treinamento iniciou com um aquecimento muscular leve e logo em seguida foi aplicado o treinamento com características intervaladas adaptadas ao TRP, e conforme Guimarães Neto (2000) com o desígnio de intensificar o treinamento, o método **série combinada** (combined set) onde se realiza sem intervalos dois exercícios diferentes para o mesmo grupamento muscular, trabalhando em angulações diferenciadas proporcionando o recrutamento do máximo de fibras musculares, e o método **pausa de repouso** (rest-pause) que trabalha um nº máximo de repetições, após uma rápida pausa realiza novamente o exercício, proporcionando pela “rápida recuperação” de substratos energéticos, a redução no desempenho numérico.

O tempo sob tensão foi compreendido pela cadência 1010 (concêntrico/excêntrico), sendo que os exercícios foram executados até as primeiras contrações na cadência e intervalos ativos com 60” realizados na bicicleta ergométrica, em intensidade baixa entre 6 - 7, numa escala de percepção subjetiva de esforço de 0 a 10, tendo na numeração 10 a representação da fadiga (CAMPOS; CORAUCCI NETO; BERTANI, 2014).

Para a realização da coleta foi executado um contato prévio com a coordenação do curso de Bacharelado em Educação Física da FIP. Agendada uma data prevista para



Artigo

apresentação em sala de aula (horário de aula), com a devida autorização do coordenador e professor do curso que estiver em sala para seleção da amostra.

Os dados foram computados utilizando o SPSS for Windows, v. 22, sendo realizados análises de estatística descritiva utilizando frequências, medias e desvio-padrão.

Os procedimentos empregados no estudo foram submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, das Faculdades Integradas de Patos - FIP, aprovado sobre o protocolo nº 1.957.452, seguindo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Assim, para participação no estudo, todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Benefícios da Pesquisa

Por ser um método simples, econômico e praticável, essa pesquisa acarreta alguns benefícios aos voluntários como: uma maior queima de gordura, fortalecimento cardíaco, aumento do metabolismo, testar e ampliar os limites e também trazer benefícios numa melhora no perfil antropométrico e de treinabilidade.

A antropometria apresenta as seguintes vantagens: método não invasivo, de fácil execução, baixo custo e alta confiabilidade.

Riscos da Pesquisa

Toda pesquisa oferece um risco aos seus participantes, seja ele físico ou psicológico, podendo trazer sensações moderadas de incomodo muscular, pelo o esforço do teste de repetição máxima ou intensidade do treino, entretanto, foi minimizado perante um acompanhamento profissional individualizado utilizando métodos respaldados pela literatura.

Os participantes foram orientados a alertar e parar a execução do movimento, caso ocorresse algum mal-estar ou outra variável não citada neste trabalho que possa causar qualquer sinistro físico ou psicológico.



Artigo

RESULTADOS

O treinamento planejado alcançou aspectos próximos dos arquétipos propostos por Campos; Coraucci Neto; Bertani (2014), com características próprias, sendo acrescentados dois métodos descritos por Guimarães Neto (2000), configurandobasicamente no seguinte planejamento:

Treinamento masculino:

- A) Supino reto c/barra - 3 x 8-12
 - Supino inclinado c/halteres - 3 x 8-12
 - Cross over + marinheiro - 3 x 8-12
 - Elevação lateral - 3 x 8-12
 - Tríceps na polia - Rest pause (3 x 8-12 + 10" + 1 x até a falha concêntrica)
- B) Puxada aberta na polia - 3 x 8-12
 - Puxada aberta supinada- 3 x 8-12
 - Remada baixa + Encolhimento - 3 x 8-12
 - Rosca direta - Rest pause (3 x 8-12 + 10" + 1 x falha concêntrica)
 - Abdominais - 3 x máx
- C) Agachamento livre - 3 x 8-12
 - Leg 45° - 3 x 8-12
 - Extensora - Rest pause (3 x 8-12 + 10" + 1 x falha concêntrica)
 - Stiff - 3 x 8-12
 - Adução - 3 x 8-12
 - Panturrilha em pé - 3 x 8-12

Treinamento feminino:

- A) Agachamento livre - 3 x 8-12
 - Leg 45° - 3 x 8-12
 - Extensora - Rest pause (3 x 8-12 + 10" + 1 x falha concêntrica)
 - Stiff - 3 x 8-12
 - Panturrilha em pé - 3 x 8-12
- B) Supino reto c/barra - 3 x 8-12
 - Puxada a frente aberta - 3 x 8-12



Artigo

Abdução de braço + remada alta - 3 x 8-12

Rosca direta - 3 x 8-12

Tríceps corda - 3 x 8-12

Abdominal - 3 x máx

Distribuição Semanal do Treinamento

Para o gênero masculino o treinamento foi distribuído semanalmente A/B/C consecutivamente em 6 dias na semana; o planejamento para o gênero feminino foi configurado em A/B consecutivamente durante os 6 dias semanais.

Respostas Fisiológicas do Treinamento

As inúmeras adaptações propostas na literatura consultada manipulam as respostas fisiológicas que se adequaram aos desígnios do presente trabalho.

Afinal é depois do trabalho na academia que todas as reservas energéticas serão depletadas e o organismo utilizará de gordura para recuperação tecidual. Isso se deve ao fato de que, além proporcionar maior quantidade de trabalho no exercício, provocando aumento no gasto energético, a intensidade do esforço é usualmente supra limiar, ou seja leva o organismo ao acúmulo de metabólicos (lactato, íons H⁺, K⁺) após o treino. Eles serão os grandes responsáveis pela manutenção do consumo de oxigênio acima dos valores de repouso em até 8 horas após a realização dos exercícios (CAMPOS; CORAUCCI NETO; BERTANI, 2014. p. 24).

Caracterização da Amostra

Tabela 1 - Características da amostra

M.inicial/final	DP.inicial/final	Menor valor	Maior valor	
Idade (anos)	18	3.5	19	27
MC (kg)	79.8/80.4	14.3/13.9	64	97.5
% Gordura	17.9/17.2	5.5/5.1	11.29	26.63
IMC	26.2/26.3	4.1/3.7	22.60	32.62

Legenda: *DP.inicial/final = Desvio Padrão *M.inicial/final = Média inicial/final



Artigo

Tabela 1 - Apresenta algumas características dos voluntários do gênero masculino e feminino que participaram do presente estudo. Observa-se que a massa corporal e IMC obtiveram uma sutil alteração e ocorreu insignificante redução do % de gordura.

Principais Variáveis

Conforme Ferriss (2014), o desenvolvimento dos braços tem sido característica das exigências do público masculino, especificamente o treinamento de bíceps, sendo a presente pesquisa ao abordar o gênero masculino, voltada para o monitoramento das alterações perimétrica total e isenta de gordura no segmento braço.

De acordo com Guimarães Neto (2003), quando o treinamento estar designado à estética do gênero feminino em sua maioria prioriza o desenvolvimento dos membros inferiores, existindo incontáveis programações hipotéticas que alcançam esses requisitos, sendo considerado o monitoramento das alterações morfológicas no segmento coxa.

Apesar das alterações não terem sido estatisticamente significativas em comparação a todos os exercícios aplicados, os experimentos realizados por Zeller et al (2003); Dwyer et al (2010) sugerem que o gênero feminino produz maior atividade eletromiográfica no glúteo máximo durante um agachamento afundo, porém com relação ao glúteo médio os estudos possuem divergências, sendo uma das possíveis justificativas para os dados conflitantes, as alterações tecnicistas, que para Guimarães Netos (2000) no mundo intuitivo desportivo o atleta sente o reflexo de uma simples alteração realizada, já em âmbitos laboratoriais, uma simples alteração no tronco pode refletir na excitação eletromiográfica do glúteo médio em determinados exercícios, ressaltando que as intervenções em questão não descreveram as exigências cinemáticas aplicadas (BOLGLA; UHL, 2005; NEUMANN; HASE, 1994 apud BOLGLA et al, 2014).

Contudo de acordo com Zeller et al. (2003) as mulheres produzem menor ativação dos isquiotibiais, sendo conforme Dutton (2010) uma das hipóteses da maior propensão de lesão do ligamento cruzado anterior, refletindo também nos programas de treinamentos segundo Ebben (2009), necessitando durante o planejamento, da distribuição de um maior volume ao grupo muscular, a fim de compensar desequilíbrios. Em contrafação Youdas et al. (2007 apud LEE; LEE; PARK, 2015) relata que maiores ativações ocorrem nos extensores do joelho das mulheres em comparação com os homens, vale ressaltar recentes publicações que expõem achados controversos a essas conclusões e seus reflexos, sendo



Artigo

justificados por amostras estatisticamente insuficientes (POURMAHMOUDIAN; MINOONEJAD, 2016).

Tabela 2 - Análise da perimetria do quadríceps e do braço.

	Média inicial/Final	Desvio Padrão inicial/final
Homens	36.0/35.9	5.0/4.0
Mulheres	53.9/55.4	4.3/3.9

Tabela 2 - Observa-se o resultado na perimetria dos músculos do braço no grupo dos homens e do quadríceps no grupo das mulheres

Em relação ao valor de média inicial/final do perímetro do braço nos homens, não adveio avanço, mas ao contrário, pois ocorreu uma involução perimétrica, já na comparação da média do perímetro do quadríceps nas mulheres ocorreu desenvolvimento estatisticamente satisfatório, ou seja, houve uma diferença significativa.

Tabela 3 - Análise da área magra segmentar do braço e quadríceps.

	Média inicial/Final	Desvio Padrão inicial/final
Homens	32.2/33.3	4.4/3.6
Mulheres	45.7/48.3	3.4/2.3

Tabela 3 - Foi incrementado ao presente trabalho os protocolos citados por Moura (2014), que proporciona uma análise precisa da área isenta de gordura no segmento braço e coxa.

Na análise do perímetro magro do braço nos homens, considerando o valor da média inicial/final, não incidiu diferença significativa, mas ocorrendo uma suave hipertrofia muscular, não estatisticamente significativa, porém contrariou a redução no extrato da análise perimétrica, ratificando o posicionamento literário, onde apenas a análise perimétrica não se torna suficiente para uma definição das principais alterações morfológicas segmentares decorrentes dos processos de treinamento, seja na esfera laboratorial, competitiva ou quando aplicada a população comum e/ou clínica.



Artigo

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo indicam que mulheres que utilizaram o método de treinamento intervalado obtiveram melhores resultados quando comparados com os homens, sendo que o período proposto de treinamento resistido foi suficiente para causar alterações na porcentagem de massa magra na perimetria do quadríceps, contudo não foi realizado acompanhamento nutricional dos voluntários, dificultando a capacidade de interpretação dos resultados pela insuficiente manutenção das demais variáveis interligadas ao treinamento.

Corroborando com nossos achados Uchida et al. (2004), observaram mudanças na composição corporal de mulheres submetidas a treinamento resistido por oito semanas; com relação ao gênero masculino a intervenção de Santos et al. (2002), também não observaram modificações satisfatórias na porcentagem de gordura corporal dos voluntários submetidos a um programa de treinamentos de dez semanas, apesar do aumento da massa corporal total e magra

No experimento de oito semanas, Dias et al. (2005) observaram alterações satisfatórias da força máxima no exercício supino, agachamento e rosca direta em voluntários de ambos os gêneros moderadamente ativos, num protocolo de 8 a 12 RM em 10 exercícios. Estes dados estão de acordo com os obtidos no presente estudo, sendo um dos fatores que pode ter levado ao aumento de massa muscular magra é a razão das voluntárias durante o processo de treinamento terem sido submetidas a repetições contadas com intervalos curtos e a realização de repetições máximas logo em seguida.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o treinamento intervalado causou alterações satisfatórias no aumento da massa muscular do quadríceps em mulheres treinadas num período de 4 semanas, porém de acordo com os achados no presente estudo, o período sobre o treinamento de alta intensidade foi insuficiente para alterações significativas na composição corporal de ambos os gêneros.



Artigo

REFERÊNCIAS

AIZENSTEIN, M. L. Fundamentos para o uso racional de medicamentos. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

BENTO, A. F. P. S. Treino Intervalado de Alta Intensidade: monitorização e efeito entre géneros. 2016. 78 p. Dissertação de Mestrado - Beja, Instituto Politécnico de Beja.

BOLGLA, L.; COOK, N.; HOGARTH, K.; SCOTT, J.; WEST, C. Trunk and hip electromyographic activity during single leg squat exercises do sex differences exist?. International journal of sports physical therapy, v. 9, n. 6, p. 756-764, nov. 2014.

BOSSI, L. C. HIIT: fitness e wellness. São Paulo: Phorte, 2016.

CAMPOS, M. A.; CORAUCCI NETO, B.; BERTANI, R. F. Cada um é cada um: respeitar o princípio da individualidade biológica é um dos maiores segredos para o sucesso do treinamento. In: SUPER TREINO. Um ano de treino - Fase 3: a transição entre o trabalho de hipertrofia e o de força. Campinas: Multiesportes. n. 56, jun./jul. 2012. p. 24-32.

CAMPOS, M. A.; CORAUCCI NETO, B.; BERTANI, R. F. O melhor dos 2 mundos. In: Super Treino. Multiesportes. n. 68. jun/jul. 2014. p. 22-30.

DIAS, R.; CYRINO, E.; SALVADOR, E.; NAKAMURA, F.; PINA, F.; OLIVEIRA, A. Impacto de oito semanas de treinamento com pesos sobre a força muscular de homens e mulheres. RevBrasMed Esporte, v. 11, n. 4, p. 224-228, 2005.

DUTTON, M. Fisioterapia Ortopédica: exame, avaliação e intervenção. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DWYER, M. K.; BOUDREAU, S. N.; MATTACOLA, C.G.; UHL, T. L.; LATTERMANN, C. Comparison of lower extremity kinematics and hip muscle activation during rehabilitation tasks between sexes. Journal of athletic training, v. 45, n. 2, p. 181-190, 2010.



Artigo

EBBEN, W. P. Hamstring activation during lower body resistance training exercises. *Int J Sports Physiol Perform.* v. 4, n. 1, p. 84-96, mar, 2009.

FERRISS, T. *The 4-Hour Body: an uncommon guide to rapid fat-loss, incredible sex, and becoming superhuman.* New York: Random House LLC, 2014.

G1. O estudo feito por pesquisadores brasileiros apontou que atividades físicas de alta intensidade podem trazer benefícios para pessoas que sofreram ataque cardíaco. Rio de Janeiro: Globo, 2015. Matéria apresentada no Programa BOM DIA BRASIL. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/videos/t/edicoes/v/pesquisa-aponta-que-exercicios-fisicos-intensos-podem-ajudar-quem-sofreu-ataque-cardiaco/4121513/>>. Acessado em: 07 out. 2017.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa.* 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUIMARÃES NETO, W. M.; *Coleção Musculação Total: musculação para mulheres.* v. 3. São Paulo: Phorte, 2003.

GUIMARÃES NETO, W. M.; *Coleção Musculação Total: princípios de treinamento hipertrofia máxima.* v. 2, p. 1. São Paulo: Phorte, 2000.

LEE, D.; LEE, S.; PARK, J. Impact of decline-board squat exercises and knee joint angles on the muscle activity of the lower limbs. *Journal of physical therapy science*, v. 27, n. 8, p. 2617-2619, 2015.

LOPES, C. M. *Planilha de Controle no Planejamento do Treinamento de Musculação.* [S.I.]: CAMINHOS DO EMPREGO, 2016. Disponível em: <https://youtu.be/czasM_yXILU> Acessado em: 07 out. 2017.

MOURA, J. A. R. *Antropométrica e composição corporal.* Blumenau: Legere, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *O papel da atividade física no envelhecimento saudável.* Florianópolis, 2015.



Artigo

POURMAHMOUDIAN, P.; MINOONEJAD, H. و تفاوتها في فعاليت عضلات تكوادر يسيپس و همسترينگ بين زنان مردانو اليباليسندر عمل و همسترينگ بين زنان. Journal of Rehabilitation Medicine, Teerã, v. 5, n. 1, p. 31-40, 2016.

SANTOS, C. F.; CRESTAN, T. A.; PICHETH, D. M.; FELIX, G.; MATTANO, R. S.; PORTO, D. B.; SEGANTIN, A. Q.; CYRINO, E. S. Efeito de 10 semanas de treinamento com pesos sobre indicadores da composição corporal. RevBrasCiên e Mov, v. 10, n. 2, p. 79-84, 2002.

SANTOS, L. O. Estado nutricional de idosos, domiciliados no município de São Paulo, e associação com variáveis referidas: arranjo domiciliar, alimentação, demográficas, socioeconômicas, e clínicas - Estudo SABE: Saúde, Bem - estar e Envelhecimento - 2000 e 2006. 2012. 120 p. Dissertação de Mestrado - São Paulo, USP.

SOUSA, M. S. C. Treinamento físico individualizado (personal training): Abordagem nas diferentes idades, situações especiais e avaliação física. João Pessoa: Editora Universitária, 2008.

SOUSA, T. B. C.; ASSIS NETO, O. Q. A importância da permanência do educador físico em academias de musculação - treinamento hipotético vs individualidade biológica. Coleção Pesquisa em Educação Física, Várzea Paulista, v. 15, n. 02, p. 17-26, 2016.

UCHIDA, M. C et al. Alteração da relação testosterona: cortisol induzida pelo treinamento de força em mulheres. RevBrasMed Esporte, v. 10, n. 3, p. 165-168, 2004.

UCHIDA, M. C.; CHARRO, M. A.; BACURAU, R. F. P.; NAVARRO, F.; PONTES JUNIOR, F. L. Manual de musculação: uma abordagem teórico-prática do treinamento de força. 7ª ed. São Paulo: Phorte, 2013.

VARELLA, D. JARDIM, C. Obesidade e Nutrição. Barueri: Gold, 2009.

ZELLER, B. L.; MCCRORY, J. L.; KIBLER, W. B.; UHL, T. L. Differences in kinematics and electromyographic activity between men and women during the single-legged squat. Am J Sports Med. v. 31, n. 3, p. 449-456, mai/jun, 2003.



Artigo

**FITOTERAPIA TRADICIONAL E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E
COMPLEMENTARES NO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL**

**TRADITIONAL PHYTOTHERAPY AND INTEGRATION AND
COMPLEMENTARY PRACTICES IN THE HEALTH SYSTEM OF BRAZIL**

Valéria Melo Mendonça¹
Mário Jorge Campos dos Santos²
Flávia Viana Moreira³
Renata Silva-Mann⁴
Marta Jeidjane Borges Ribeiro⁵

RESUMO - A fitoterapia é um método terapêutico milenar, cujas bases científicas são evidenciadas em muitos países, além de ser alternativa medicinal eficiente, com esta terapêutica é possível ressignificar o uso devido da biodiversidade e valorar as culturas tradicionais locais. Visando analisar a situação da fitoterapia foi realizada revisão integrativa que aborda a origem do uso dos fitoterápicos, o levantamento da legislação sobre o uso e regulamentação de medicamentos fitoterápicos tradicionais e a verificação da inserção da fitoterapia nos programas de saúde do Brasil. A regulamentação dos fitoterápicos por meio da legislação associada ao reconhecimento do saber popular e a

¹ Docente no Instituto Federal de Sergipe (IFS). Departamento do Curso Superior de Agroecologia. Mestre em Ciências da Saúde e Doutoranda no Curso de Pós-graduação em Ciência da Propriedade Intelectual, ambos, da Universidade Federal de Sergipe (UFS). E-mail: vmm.se@hotmail.com.

² Professor Associado do Departamento de Engenharia Florestal. Orientador no Programa de Pós-graduação em Ciências da Propriedade Intelectual, da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

³ Farmacêutica Bioquímica, Doutora em Ciências da Saúde.

⁴ Professora Associada III do Departamento de Engenharia Agrônômica, Universidade Federal de Sergipe (UFS).

⁵ Bolsista no Programa de Pós-graduação em Ciência da Propriedade Intelectual, nível Doutorado, da Universidade Federal de Sergipe (UFS).



Artigo

inserção da fitoterapia nos programas de saúde impacta diretamente a produção industrial e a propriedade intelectual na área da inovação tecnológica de medicamentos naturais, promovendo o desenvolvimento econômico e social do país por meio da redução dos custos de produção, da preservação do patrimônio genético e da biodiversidade, além de valorizar o conhecimento tradicional associado.

Palavras-chave: Fitoterápicos. Planta medicinal. Bioterapia. Biodiversidade

ABSTRACT - Phytotherapy is an ancient therapeutic method, whose scientific bases are evidenced in many countries, besides being an efficient medical alternative, with this therapy it is possible to re-signify the proper use of biodiversity and to value the traditional local cultures. Aiming at analyzing the situation of phytotherapy at the present time, an integrative review was carried out that addresses the origin of the use of herbal medicines, the survey of the legislation on the use and regulation of traditional herbal medicines and the verification of the insertion of phytotherapy in health programs in Brazil. The regulation of herbal medicines through legislation associated with the recognition of popular knowledge and the insertion of phytotherapy in health programs directly impacts industrial production and intellectual property in the area of technological innovation of natural medicines, promoting the economic and social development of the country by reducing production costs, preserving genetic heritage and biodiversity, as well as valuing the associated traditional knowledge.

Keywords: Phytotherapics. Medicinal plant. Biotherapy. Biodiversity

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento tecnológico e científico na área de medicamentos sintéticos prosperou muito no tratamento e prevenção de várias doenças agudas e crônicas (SEN et al., 2011), este conhecimento advém do conhecimento tradicional que culmina com a elaboração de fármacos por meio da química fina. Por isso, as plantas medicinais surgem como alternativa natural de extrema importância para o sistema de saúde, e ainda para o desenvolvimento econômico, social e ambiental (ROQUE et al., 2010; SEN et al., 2011).



Artigo

Medicamentos, em geral, são produzidos por matéria-prima vegetal, dentre elas, as plantas medicinais, droga vegetal e derivado vegetal, conforme Lei Federal Brasileira nº 6.360 de 1976. Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.18 de 2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), planta medicinal corresponde a espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada para fins terapêuticos. Enquanto que, as drogas vegetais, segundo a RDC n.10 de 2010, são plantas medicinais ou parte delas, que contenham substâncias responsáveis por ações terapêuticas, após passarem por processos de coleta ou colheita, estabilização e secagem, íntegras, rasuradas, trituradas ou pulverizadas, apresentadas na forma de infusões, decocções e macerações. O derivado vegetal, no Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira, é definido como produto da extração da planta medicinal *in natura* ou da droga vegetal, apresentando-se na forma de extrato, tintura, alcoolatura, óleo fixo e volátil, cera, exsudado, entre outros.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda aos órgãos competentes o levantamento de plantas medicinais regionais para caracterização etnobotânica, e relata que sua utilização e comprovação científica auxiliam no combate ao uso descomedido de produtos e/ou plantas medicinais, promovendo assim a segurança terapêutica por meio da implantação de programas de cultivos de espécimes vegetais e utilização de preparações seguras e eficazes (WHO, 2011).

Os medicamentos fitoterápicos são produtos obtidos com emprego exclusivamente de ativos vegetais, cuja eficácia e segurança são validadas por meio de levantamentos etnofarmacológicos, documentações tecno-científicas ou evidências clínicas, conforme Art. 1º da RDC n.14 de 2010 (BRASIL, 2010^b; ALBUQUERQUE et al., 2010). Portanto, o fitoterápico é obtido da planta medicinal, droga ou derivado vegetal, capaz de curar ou aliviar sintomas e, cuja eficácia é comprovada pelo uso tradicional em uma população ou comunidade.

O governo brasileiro tem demonstrado interesse no desenvolvimento de políticas de avanço tecnológico associado ao conhecimento tradicional, em prol de procedimentos assistenciais em saúde que apresentem eficácia, abrangência, humanização e menor dependência com relação à indústria farmacêutica (SANTOS et al., 2011). Assim, propõe-se estabelecer com este trabalho um estudo prospectivo visando o levantamento da legislação sobre o uso e a regulamentação de medicamento fitoterápico tradicional e também verificar a inserção da fitoterapia nos programas de saúde do Brasil.



Artigo

MATERIAIS E MÉTODOS

Apresenta-se uma revisão integrativa baseada na análise da regulamentação dos fitoterápicos tradicionais no Brasil e no mundo, e nos aspectos científicos e políticos da implementação da fitoterapia no sistema público de saúde brasileira. Segundo Souza e seus colaboradores (2010), revisão integrativa proporciona a síntese de conhecimentos e incorpora a aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. Portanto, esta revisão também pode ser utilizada como um diagnóstico situacional ou de referência para identificar obstáculos a implementação de políticas públicas de saúde (GIAROLA, 2012; MOURA et al., 2017).

No levantamento da documentação bibliográfica considerou-se o espaço temporal dos últimos 15 anos, e todo o acervo utilizado foi baseado nos artigos indexados no portal de periódicos Capes e manuais internacionais relacionados ao objeto de estudo, cujos descritores foram “plantas medicinais”, “fitoterápicos” e “fitoterapia”. De forma complementar, outras fontes foram consultadas, tais como portais e banco de dados de instituições públicas, a exemplo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o portal da saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO).

E para verificar a inserção da fitoterapia por meio da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementar (PNPIC) no Brasil, foram analisados dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os dados foram extraídos na base do CNES (<http://cnes.datasus.gov.br>), por meio do link “Informações de Saúde (TABNET)”, em Rede Assistencial foram selecionados estabelecimentos de saúde cadastrados pela classificação dos serviços de Práticas Integrativas e Complementares ofertados no Brasil, os mesmos foram filtrados utilizando os seguintes códigos: 134001 - acupuntura, 134002 - fitoterapia, 134003 - outras técnicas em medicina tradicional chinesa, 134004 - práticas corporais/atividade física, 134005 - homeopatia, 134006 - termalismo/crenoterapia e 134007 - medicina antroposófica.

Quanto à dispensação dos medicamentos fitoterápicos foram analisados o cadastro das farmácias vivas em programas de saúde no CNES, utilizando como filtro o código de identificação 125007, e também o Relatório do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ/2017), módulo I, referente aos microdados de avaliação externa das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que relata como estão as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da mesma.



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fitoterápicos tradicionais no Brasil e no mundo

No século 21, o uso de plantas medicinais ganhou importância na área da saúde, em nível mundial, em virtude do crescente número de pessoas a procura de remédios naturais e menos tóxicos, com menos efeitos colaterais, maior disponibilidade e preços acessíveis (SEN et al., 2011). O mercado mundial de fitoterápicos gira em torno de US\$ 44 bilhões, e no Brasil as estimativas variam entre US\$ 350 milhões e US\$ 550 milhões (BRASIL, 2012). A OMS estima que cerca de 30% dos medicamentos disponíveis no mercado são derivados direta ou indiretamente de princípios ativos vegetais (WHO, 2011).

O uso de plantas na terapia humana tem sido relatado desde os primórdios da história, acredita-se que a sessenta mil anos atrás, conforme estudos arqueológicos em ruínas do Irã (REZENDE; COCCO, 2002).

Existem várias evidências da fitoterapia, os primeiros registros datam de aproximadamente 3.000 a.C., período em que o imperador chinês Shen Nung elaborou um catálogo composto por 365 ervas medicinais e venenos utilizados na época (FRANÇA et al., 2008; SIMON D., 2001). Em 2.100 a.C ocorreu o primeiro registro médico depositado no Museu da Pensilvânia, segundo Firmo et al. (2011), este documento descreve uma coleção de fórmulas compostas de trinta diferentes drogas de origem vegetal, animal e mineral.

Existem outros registros, datados de 1.500 a. C, tais como, o manuscrito Egípcio “Ebers Papyrus”, sobre 700 drogas e informações sobre 811 prescrições de plantas como Ginseng (*Panax*spp.), *Ephedra*spp., *Cassia* spp. e *Rheum palmatum* L. que até hoje são utilizadas na medicina tradicional e nas indústrias farmacêuticas. Nesse mesmo período histórico, a base da medicina hindu foi revelada em dois textos sagrados: Veda (Aprendizado) e Ayurveda (Aprendizado de Longa Vida) (SIMON, 2001; VALE, 2002).

Recentemente, pesquisa descreve o registro de um fóssil de Neandertal encontrado em El Sidrón na Espanha, o qual continha traços de salix em sua dentição, o que comprova a automedicação para aliviar a dor de dente por uso de álamo, árvore que contém o analgésico ácido salicílico, mesma substância da aspirina, e ainda comprova o uso de fungo (*Penicillium rubens*) como antibiótico natural para tratar a infecção crônica pelo parasita gastrointestinal *Enterocytozoon bieneusi* (WEYRICH et al., 2017).



Artigo

O reconhecimento do uso tradicional, como parte da comprovação da eficácia e segurança de produtos naturais, é recomendado pela OMS desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviética, em 1978. Este evento formulou a declaração que expressava a necessidade de uma ação urgente nos campos da saúde de todos os governos para o desenvolvimento e promoção mundial da saúde. Desde então surgem as primeiras leis internacionais, e destacam-se neste sentido, China, Índia, Canadá, Comunidade Europeia, Austrália, Estados Unidos e Alemanha (SEN et al., 2011).

Na China, existe uma série de substâncias que integram a Medicina tradicional chinesa, estas são classificadas pela norma 106 de 1992, em ervas medicinais chinesas (*Dan Fang*) e medicamentos chineses preparados (*Cheng Fang*), ambas registradas na Farmacopeia da República Popular da Chinae no regulamento 61, as drogas são licenciadas pelo Centro de Avaliação de Medicamentos e o licenciamento dos produtos da medicina tradicional chinesa em breves resumos regulatórios (HARRISON, 2008). Ainda, conforme Harrison (2008), os produtos preparados devem ser rotulados com o nome da mercadoria, especificação, local e data de produção, número do lote e número da licença.

Na Índia, o histórico do uso que assegura a comercialização dos medicamentos à base de plantas tradicionais precisou ser aprovado por legislação específica como a Lei de Medicamentos e Cosméticos de 1940 e as Regras de 1945 (SAHOO; MANCHIKANTI, 2013; INDIA, 2013). Os produtos naturais de saúde são divididos em drogas e alimentos, as drogas são classificadas em ervas medicinais, medicamento Ayurvédico, homeopático e suplementos alimentares. Os suplementos alimentares não são considerados medicamentos na maioria dos países, exceto Índia e China, que licencia produtos alimentares saudáveis, cujas reivindicações sejam verificadas e registradas no Ministério da Saúde do país (HARRISSON, 2008; FIRMO et al., 2011).

No Canadá, a medicina tradicional é definida pela soma total de conhecimentos, habilidades e práticas baseadas em teorias, crenças e experiências indígenas de diferentes culturas, utilizadas para a manutenção e prevenção da saúde, diagnóstico, melhoria ou tratamento de doenças físicas e mentais (CANADA, 2012). Segundo o Guia de Licenciamento dos Produtos Naturais de Saúde do Canadá, as mudanças promovidas pelo Programa de Medicina Tradicional da OMS, propiciam a evolução da ciência moderna que se dá na forma de reflexão de diferentes origens filosóficas e culturais.

Na União Europeia (UE), assim como a ANVISA no Brasil, existe um órgão do Ministério Nacional da Saúde denominado INFARMED (Autoridade Nacional do



Artigo

Medicamento e Produtos de Saúde) que atua como organismo central com jurisdição sobre todo o território nacional e que determina a autorização e comércio de medicamentos tradicionais por meio de prova bibliográfica e dados de segurança pré-clínicos (tais como, teste toxicológico e farmacológico), conforme exigência da Seção VI, Artigos 141 e 142 do Decreto-Lei 176/2006, que estabelece o regimento jurídico dos medicamentos de uso humano da União Europeia. Segundo a *Herbal Medicinal Directiva*, para obter o registo de utilização tradicional o produto deve apresentar os elementos quantitativos e qualitativos dos seus componentes, a descrição dos métodos de fabricação, a posologia, forma e via de administração, indicações, contraindicações e reações adversas (EMA, 2008). Além disso, só é permitida a comercialização destes medicamentos tradicionais importados, caso os mesmos tenham anterioridade de 15 anos em marketing na UE, o que eleva o custo do produto e inviabiliza a venda (SAHOO; MANCHIKANTI, 2013).

Na Austrália, existe uma regulação que determina os níveis e tipos de evidência para alegações de produtos tradicionais, nestes casos os ingredientes ativos são bem documentados e claramente designados pelo seu uso tradicional e pela experiência acumulada pelos profissionais de saúde, estes entendem a medicina complementar que consiste nas terapias com medicamentos à base de plantas, homeopáticos, vitaminas e suplementos minerais, medicamentos tradicionais como medicamentos ayurverdicos, medicamentos tradicionais chineses, outros suplementos nutricionais e óleos de aromaterapia (HARRISON, 2008).

Nos Estados Unidos, a maioria dos medicamentos associados ao conhecimento tradicional indígena é comercializada como suplementos alimentares, portanto, regulados pela *Food and Drug Administration* (FDA), Administração de Drogas e Alimentos, que exige do fabricante a responsabilidade sobre a segurança dos seus produtos, não permitindo nenhuma alegação de controle ou tratamento de doenças, e não precisa de registro prévio do produto para comercializar. Porém, o FDA é responsável pelas medidas de controle dos suplementos dietéticos, que chegam ao mercado, até mesmo os medicamentos importados são comercializados nos Estados Unidos como suplementos (FIRMO et al., 2011; HARRISON, 2008).

Na Alemanha, país incentivador das terapias naturais, os produtos florais ocupam cerca de 40% das suas prescrições receituárias, os florais constituem um método alternativo de tratamento usado amplamente na terapêutica de diversas doenças em vários países, e são reconhecidos pela OMS desde 1956 (DE SOUZA et al., 2006; HARRISON, 2008). Os produtos à base de plantas são rotulados com o nome comum alemão em classe



Artigo

especial, e com autenticação de marketing diferenciada ao dos medicamentos, mas também são definidos como medicamentos (HARRISON, 2008).

A fitoterapia também se destaca na França, Bélgica, Suécia, Suíça e Japão, onde maior parte dos trabalhos científicos sobre o tema é publicada. Porém, a China é o país que mais se destaca na utilização de medicamentos naturais (SAHOO; MANCHIKANTI, 2013). As regulamentações dos produtos fitoterápicos e das atividades de medicina tradicional diferem de um país para outro, pois a biodiversidade é variável e a matéria-prima também, assim como a cultura e o uso tradicional, estes fatores dificultam a implementação da medicina tradicional complementar e do plano internacional das práticas integrativas de saúde (Fig.1) (OMS, 2013).

No Brasil, esta cultura da utilização das ervas medicinais, originalmente foi baseada em práticas indígenas e influenciada pelas culturas africana e portuguesa (ALVES & SILVA, 2003). Apesar de o uso empírico ocorrer desde a pré-história, somente no século XXI surge a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos por meio do Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006, e da Portaria MS/GM n. 3.237, de 24 de dezembro de 2007, inserindo pela primeira vez os fitoterápicos no elenco de referência de medicamentos e insumos complementares na assistência farmacêutica da atenção básica em saúde (LIMA; GOMES, 2014).

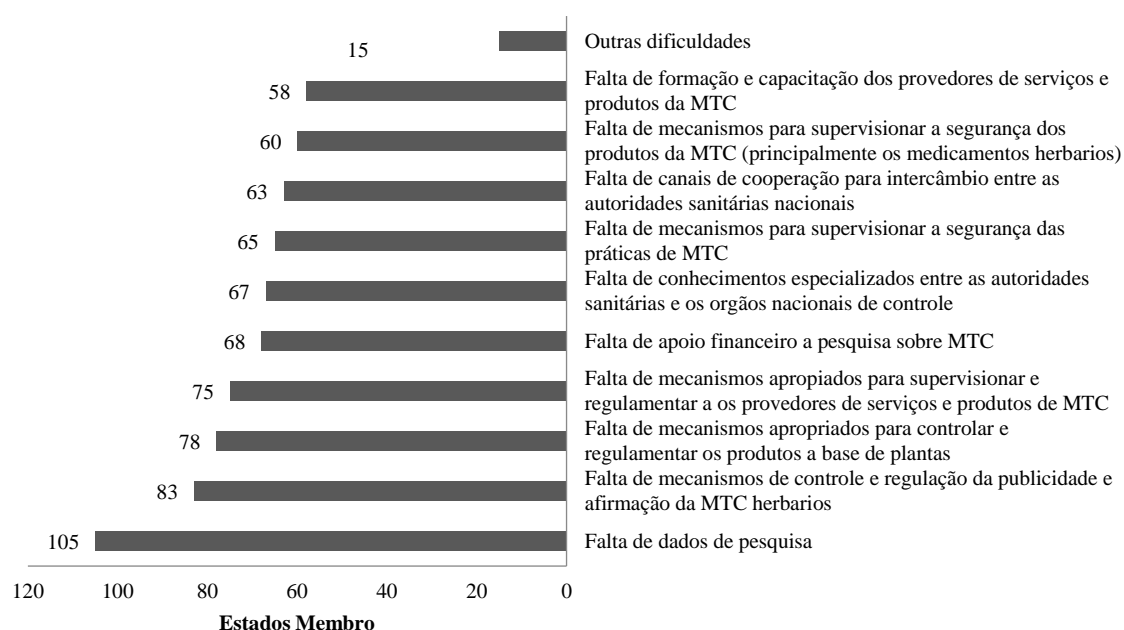
Em 2012, a lista de medicamentos referência do SUS, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) inseriu pela primeira vez 12 fitoterápicos padronizados no âmbito do SUS, conforme Portarias do Ministério de Saúde n. 533, de 28 de março de 2012 e n.1, de 2 de janeiro de 2015 (Tab. 1).

A Farmácia Viva foi o primeiro programa de assistência farmacêutica no Brasil, baseado no emprego científico de plantas medicinais visando produzir medicamentos fitoterápicos acessíveis à população (SANTOS et al., 2011). Em 2008, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil criou o comitê e lançou o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e em 2010 por meio da Portaria MS/GM n. 886/2010 instituiu a Farmácia Viva que definitivamente inseriu a fitoterapia no SUS, visando garantir à população o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, e ainda incentivar o fortalecimento da agricultura familiar e o desenvolvimento tecnológico e industrial da saúde (BRASIL, 2008).



Artigo

Figura 1. Dificuldades enfrentadas pelos Estados-Membros da Organização Mundial de Saúde referentes às questões políticas relacionadas à prática da medicina tradicional e complementar.



Fonte: Adaptado de Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 - OMS, 2013. Legenda: MTC – Medicina Tradicional Complementar.

Porém, o fortalecimento da fitoterapia no serviço de saúde ocorreu com a aprovação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde-SUS, por meio da Portaria n. 971/2006 do Ministério da Saúde, e principalmente pela inclusão desta terapia como serviço especializado de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema de informações do SUS no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES, pois, este feito ampliou a credibilidade da fitoterapia, o monitoramento das suas ações terapêuticas e da assistência farmacêutica.



Artigo

Tabela 1. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e Fitoterápicos de referência no Sistema Único de Saúde.

Nº	Denominação genérica	Indicação/Ação	Apresentação	Componente
1	Alcachofra (<i>Cynarascolymus</i> L.)	Tratamento dos sintomas de dispepsia funcional (síndrome do desconforto pós-prandial), hipercolesterolemia leve a moderada. Apresenta ação colagoga e colerética.	cápsula, comprimido, drágea, solução oral e/ou tintura	Básico
2	Aroeira (<i>Schinusterebinthifolius</i> Raddi)	Apresenta ação cicatrizante, anti-inflamatória e antisséptica tópica, para uso ginecológico.	gel e/ou óvulo	Básico
3	Babosa (<i>Aloe vera</i> (L.) Burm. f.)	Tratamento tópico de queimaduras de 1º e 2º graus e como coadjuvante nos casos de psoríase vulgaris.	Creme	Básico
4	Cáscara-sagrada (<i>Rhamnuspurshiana</i> DC.)	Coadjuvante nos casos de obstipação intestinal eventual	cápsula e/ou tintura.	Básico
5	Espinheira-santa (<i>Maytenusofficinalis</i> Mabb.)	Coadjuvante no tratamento de gastrite e úlcera gastroduodenal e sintomas de dispepsia.	cápsula, emulsão, solução oral e/ou tintura	Básico
6	Garra-do-diabo (<i>Harpagophytumprocumbens</i> DC. ex Meissn)	Tratamento da dor lombar baixa aguda e como coadjuvante nos casos de osteoartrite.	cápsula ou comprimido	Básico



Artigo

7	Guaco (<i>Mikaniaglomerata</i> Spreng.)	Apresenta ação anti-inflamatória. Apresenta ação expectorante e broncodilatadora.	ação e cápsula, solução oral, tintura e/ou xarope	Básico
8	Hortelã (<i>Mentha x piperita</i> L.)	Tratamento da síndrome do cólon irritável. Apresenta ação antiflatulenta e antiespasmódica.	Cápsula	Básico
9	Isoflavona-de-soja (<i>Glycinemax</i> (L.) Merr.)	Coadjuvante no alívio dos sintomas do climatério.	cápsula ou comprimido	Básico
10	Plantago (<i>Plantagoovata</i> Forssk.)	Coadjuvante nos casos de obstipação intestinal habitual. Tratamento da síndrome do cólon irritável.	pó para dispersão oral	Básico
11	Salgueiro (<i>Salix alba</i> L.)	Tratamento de dor lombar baixa aguda. Apresenta ação anti-inflamatória.	Comprimido	Básico
12	Unha-de-gato (<i>Uncaria tomentosa</i> (Willd. ex Roem. &Schult.) DC.)	Coadjuvante nos casos de artrites e osteoartrite. Apresenta ação anti-inflamatória e imunomoduladora.	cápsula, comprimido e/ou gel	Básico

Fonte: Elaboração baseada no Rename, versões Brasil, 2015 e Brasil, 2017.

A Política de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema de Saúde (PNPIC) são implementadas nos municípios e estados que disponibilizam serviços de saúde de média e alta complexidade (MAC), isto dificulta a adesão dos municípios aos programas e a inserção dos fitoterápicos. Em geral, é o estado que exerce esta



Artigo

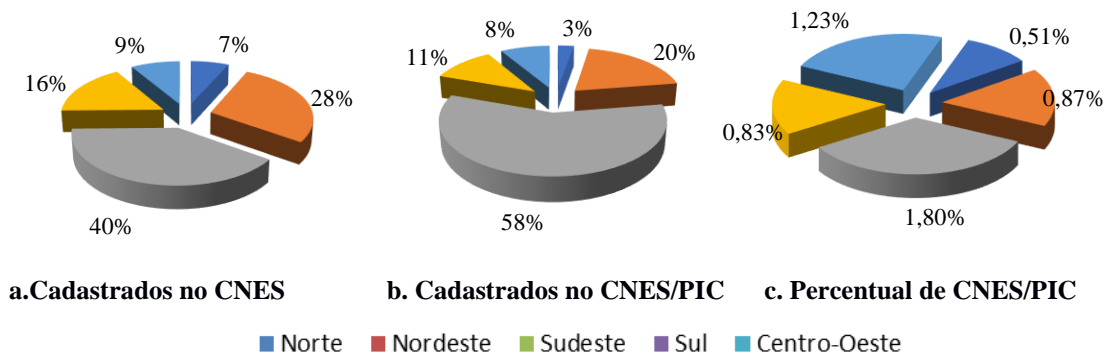
responsabilidade, portanto, o município não habilitado é impossibilitado de cadastrar-se e de receber financiamento para implantar o PNPIC e a Política Nacional de Plantas Medicinal e Fitoterápico (PNPMF). No caso do município ou estado atender aos pré-requisitos e deseje implantar os serviços de PIC (acupuntura, fitoterapia, técnicas da medicina tradicional chinesa, práticas corporais e atividades físicas, homeopatia, medicina antroposófica, termalismo e crenoterapia) é necessária à elaboração de um projeto identificando os especialistas na rede e um cadastro simplificado no Sistema do de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), e só então poderá solicitar o financiamento das ações pela esfera federal (BRASIL, 2012).

Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) de agosto de 2017 apontam a existência de 8090 estabelecimentos de saúde que ofertam práticas integrativas e complementares. Destes apenas 1,24% dos estabelecimentos registrados por região, constata-se que o sudeste e o nordeste se destacam. Porém quando se relaciona o número de estabelecimentos cadastrados com implantação de PIC e o número de estabelecimentos cadastrados por região verifica-se um percentual de atuação maior na região sudeste e centro-oeste (Fig. 2). Percebe-se que é restrito a poucos estabelecimentos o acesso de práticas integrativas, há muito que implementar, e para entender melhor esse baixo percentual deve-se analisar os critérios locais, considerando aspectos epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos, culturais, entre outros.



Artigo

Figura 2. Relação dos estabelecimentos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES que ofertam serviços de Prática Integrativa e Complementar (PIC) classificados por região.



Fonte: Elaborado a partir de dados do CNES, 2017. (a) refere-se a todos os estabelecimentos cadastrados no CNES por região;(b) estabelecimentos cadastrados no CNES que ofertam Práticas Integrativas e Complementares (PICs) por região;(c) percentual de estabelecimentos cadastrados no CNES que ofertam Práticas Integrativas e Complementares por região.

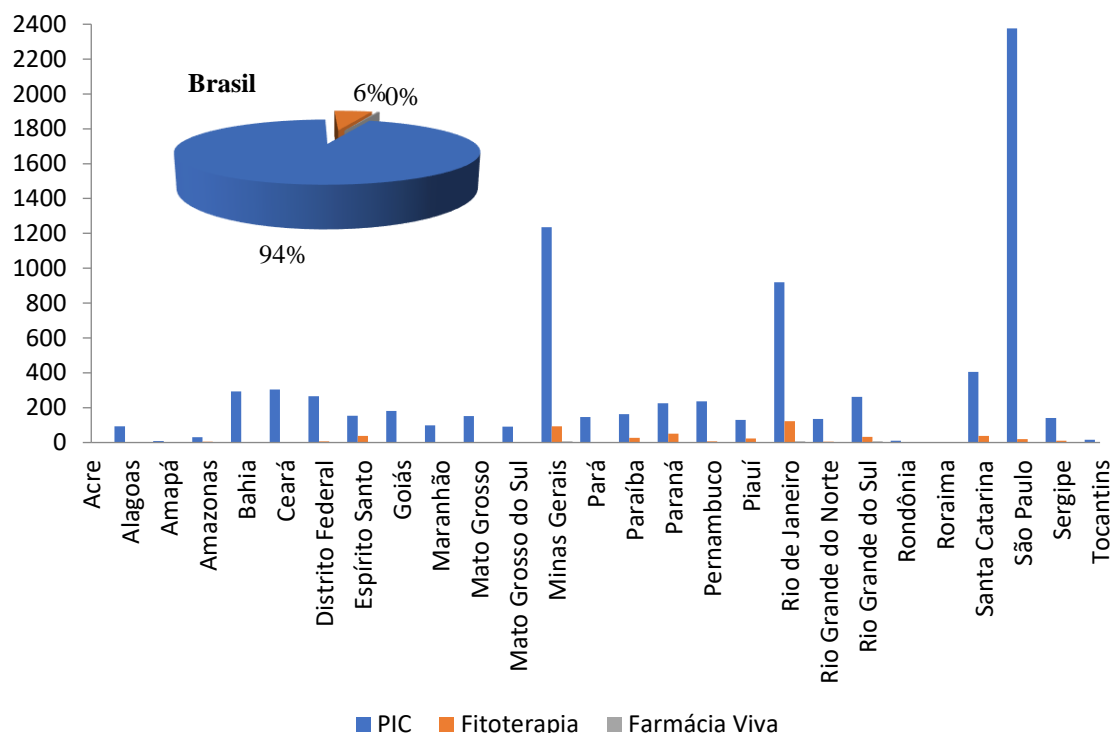
Segundo relatório do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) existe mais de 30 mil equipes da Atenção Básica em território nacional com intuito de induzir a ampliação do cuidado as PICS. O PMAQ apresenta informações individualizadas por unidades de saúde possibilitando o monitoramento das particularidades de cada região, estado, ou município e assim avalia medidas cabíveis de políticas públicas de saúde.

Foram identificados 8.090 estabelecimentos de saúde cadastrados no SCNES, prestando serviços especializados de práticas integrativas e complementares. Destes apenas 483 oferecem o serviço de fitoterapia, apenas 6% dos serviços de PIC ofertados no Brasil referem-se à Fitoterapia (Fig. 3). Dentre os 26 estados brasileiros e um distrito federal destacam-se São Paulo (2376 cadastros), Minas Gerais (1236), Rio de Janeiro (920), Santa Catarina (405), Ceará (305), Bahia (293), Distrito Federal (265), Rio Grande do Sul (262), Pernambuco (237).



Artigo

Figura 3. Número de serviços de Práticas Integrativas e Complementares cadastrados no CNES, serviço especializado de Fitoterapia e serviço específico de Farmácia Viva.



Fonte: Elaborado a partir de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES (<http://cnes.datasus.gov.br/>). Acesso em 3 out 2017).

Apenas doze dos estados brasileiros estão contemplados no programa Farmácia Viva, e estes apresentam 33 (trinta e três) estabelecimentos ofertando o serviço, ou seja, apenas 0,4% dos estabelecimentos inclusos no serviço de PIC. O estado do Rio de Janeiro se destaca com o maior número de Farmácias (7), Minas Gerais e Rio Grande do Sul foram contemplados com seis farmácias vivas, seguidos pelos estados de Goiás, Pernambuco Rio Grande do Norte, São Paulo e o Distrito Federal, com duas unidades. Apresentam apenas uma unidade cada, os estados do nordeste, Alagoas, Bahia, Ceará e Maranhão (Fig.3) (CNES, 2017).



Artigo

Apesar de serem poucas as unidades básicas que ofertam o Programa Farmácia Viva, a dispensação de medicamentos a base de plantas ocorre nas demais unidades de saúde, na avaliação externa do PMAQ, módulo I referente à avaliação das condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde, constatou-se a existência de 241 (duzentos e quarenta e um) municípios dispensando plantas medicinais *in natura*. Neste mesmo relatório percebe-se que a maior demanda é de medicamentos fitoterápicos industrializados (Tabela 2).

Tabela 2. Quantidade de municípios que dispensam medicamentos a base de plantas em unidades básicas de saúde.

	nMunicípios
Total de municípios que dispensam medicamentos ou plantas medicinais e/ou fitoterápicos	2114
Planta " <i>in natura</i> ".	241
Droga Vegetal (Planta seca)	178
Planta manipulada	211
Medicamento Fitoterápico Industrializado	1644

Fonte: Baseado no Relatório do 2º ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ/2017).

Etapas da Regulamentação dos Fitoterápicos no Brasil

O desenvolvimento do fitoterápico envolve desde a análise botânica inicial; isolamento, purificação e caracterização de princípios ativos; como também a investigação farmacológica das propriedades de seus compostos e seus mecanismos de ação; seu desenvolvimento farmacotécnico, além da avaliação da eficácia, qualidade e segurança do produto obtido.

Alguns produtos vegetais não são considerados fitoterápicos, e sim alimentos, pois, seu uso é tradicionalmente culinário, como os chás, partes ou pó de plantas medicinais e própolis, outros por serem produtos compostos por substâncias ativas isoladas e, portanto, denominados de medicamentos manipulados e homeopáticos. Segundo a legislação brasileira, Lei n.5991/73, a comercialização das plantas medicinais é privativa às farmácias e herbanários, devendo estar embaladas e identificadas por



Artigo

classificação botânica (nome da espécie científica) no rótulo e sem apresentar qualquer indicação terapêutica. A droga vegetal é isenta de prescrição médica e a sua efetividade está amparada no uso tradicional e na revisão de literatura relacionada ao tema. Os fitoterápicos podem ser Medicamento Isento de prescrição-MIP ou não, isto irá depender de como o medicamento está enquadrado na RDC n.138/2003, que regulamenta a Lista de Grupos de Indicações Terapêuticas Específicas -GITE.

A Lei Federal Brasileira n.6437/77, Art.10, Inciso IV, descreve que “extrair, produzir, fabricar, transformar, preparar, manipular, purificar, fracionar, embalar ou ré embalar, importar, exportar, armazenar, expedir, transportar, comprar, vender, ceder ou usar medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos, produtos dietéticos, de higiene, cosméticos, correlatos, utensílios e aparelhos que interessem à saúde pública ou individual, sem autorizações do órgão sanitário competente ou contrariando o disposto na legislação sanitária pertinente está sujeita as seguintes penas: advertência, apreensão e inutilização, interdição, cancelamento do registro, e/ou multa”.

A Anvisa, órgão responsável no Brasil pelo registro, regulamentação e fiscalização de setores, serviços e produtos relacionados à saúde da população, define que plantas medicinais, drogas vegetais e derivados vegetais comercializados como medicamentos precisam de registro ou notificação no MS/Anvisa, e se for insumo farmacêutico, o fabricante deve cadastrar as drogas vegetais que fabrica e/ou importa, conforme prevê a RDC 30/2008.

Na RDC n.10/2010 sobre notificação de drogas vegetais, descreve a necessidade da construção do marco regulatório para produção, distribuição e uso de plantas medicinais, particularmente sob a forma de drogas vegetais, a partir da experiência da sociedade civil nas suas diferentes formas de organização, para garantir e promover a segurança, a eficácia e a qualidade no acesso desses produtos. O Art.13 da mesma resolução define uso tradicional como “uso alicerçado na tradição popular, sem evidências conhecidas ou informadas de risco à saúde do usuário, cujas propriedades são validadas por meio de levantamentos etnofarmacológicos, de utilização e documentações científicas”.

Os fitoterápicos no Brasil devem seguir as definições constantes na RDC n. 14/2010 e o preconizado na RDC n. 17, de 16 de abril de 2010, que trata sobre as boas práticas de fabricação de fitoterápicos. No caso dos produtos tradicionais fitoterápicos (PTF), cuja segurança baseia-se na tradicionalidade do uso, as definições encontram-se na RDC n. 13, de 14 de março de 2013.



Artigo

O registro de medicamentos envolve várias etapas de pesquisa, resultados e aprovações, principalmente o PTF, pois, seus projetos de desenvolvimento devem ser primeiramente avaliados e aprovados por institutos regulamentadores como o Conselho de Gestão do Patrimônio Genético (CGEN) e o Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA), seja por estar relacionado a acesso ao patrimônio genético nacional ou por envolver uso de espécies endêmicas ou não em áreas de preservação ambiental (BRASIL, 2011).

Após aprovação do projeto é preciso realizar o registro do fitoterápico na Anvisa, apresentando relatório técnico de segurança e eficácia comprovadas por literatura científica, ensaios pré-clínicos e clínicos, tradicionalidade de uso e/ou presença na “Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado” e na “Lista de produtos tradicionais fitoterápicos de registro simplificado”, publicada na Instrução Normativa (IN) n. 02 de 13 de maio de 2014.

Na RDC n. 14/2010 estão estabelecidos os requisitos mínimos para garantir a qualidade dos fitoterápicos, e exige a reprodutibilidade destes por meio do uso de matérias-primas padronizadas, além do controle rígido da qualidade. Requisitos como segurança e eficácia podem ser comprovadas por indicação de uso episódico ou curtos períodos de tempo; indicação para doenças de baixa gravidade; coerência das indicações terapêuticas propostas com as comprovadas pelo uso tradicional; ausência de risco tóxico ao usuário; ausência de substâncias ou grupos químicos tóxicos, ou presentes dentro de limites comprovadamente seguros; e ainda a comprovação de continuidade de uso seguro por período igual ou superior a 20 anos.

Se o medicamento fitoterápico não possuir registro há mais de 20 anos, torna-se necessário comprovar o uso tradicional apresentando inúmeras referências científicas a respeito, publicadas em estudos e levantamentos etnofarmacológicos, monografias, teses e dissertações, artigos, documentos de agências regulatórias internacionais, citações em livros, Farmacopeias, Mementos e Guias Fitoterapêuticos, presença em listas oficiais de Programas de Fitoterapia em Municípios e Estados (BRASIL, 2009a). A padronização das informações necessárias nas bulas de medicamentos estão estabelecidas na RDC n. 47, de 8 de setembro de 2009, mas para Produtos Tradicionais Fitoterápicos, a lei sugere a inclusão em bula da seguinte informação: “*Medicamento registrado com base no uso tradicional, não sendo recomendado seu uso por período prolongado*”.

Segundo a RDC n. 26/2014, somente será permitida a notificação como PTF pra aqueles insumos farmacêuticos ativo vegetal (IFAV) que atenda aos critérios desta resolução e se encontram listados na última edição do Formulário de Fitoterápico da



Artigo

Farmacopeia Brasileira (FFFB) e, que possuam monografia específica de controle da qualidade publicada em farmacopeia reconhecida pela Anvisa.

A base de dados da Anvisa disponibiliza 38 formulações passíveis de notificação, sendo 28 formulações de chás medicinais, quatro de tinturas, três de géis, duas de pomadas, e uma de creme, todos compilados por meio do cruzamento das informações previstas no guia de instrução da IN 04 de 2014 e na RDC n. 37/2009, e contidas nas últimas edições das Farmacopeias Brasileira e internacionais reconhecidas (Alemã, Americana, Argentina, Britânica, Europeia, Francesa, Internacional (OMS), Japonesa, Mexicana e Portuguesa).

A normativa brasileira busca alinhar-se a PNPMF regularizando os fitoterápicos para estimular o desenvolvimento tecnológico do setor. Dessa forma, criou a notificação simplificada para desburocratizar processos de menor risco; o registro simplificado para processo de complexidade intermediária (fitoterápicos compostos por espécies vegetais de longo histórico de uso e em condições previamente definidas em norma específica), e o registro propriamente dito, voltado aos processos mais complexos, aplicável a fitoterápicos considerados de maior risco sanitário, novos ou inovadores (BRASIL, 2009a).

Segundo relatório de atividades da Anvisa, em 2015, foram aprovados 742 medicamentos, e houve um crescimento do registro de medicamentos genéricos, porém em relação aos medicamentos fitoterápicos industrializados o resultado foi inverso, pois em 2015 somente um fitoterápico foi concedido (Fig. 4)(BRASIL, 2016a).

O decréscimo do registro dos fitoterápicos na Anvisa pode estar relacionado ao novo arcabouço legislativo que legalizou o uso e a prescrição das plantas medicinais, drogas vegetais e produtos tradicionais fitoterápicos, facilitando o acesso direto das pessoas e talvez reduzindo o interesse das indústrias. Outro motivo, seria a sanção da Lei Federal n.13.123 de 20 de maio 2015, que dispõe sobre o acesso ao patrimônio genético, a proteção e o acesso ao conhecimento tradicional associado e sobre a repartição de benefícios para conservação e uso sustentável da biodiversidade, esta lei também conhecida por Lei da biodiversidade obriga as empresas farmacêuticas apresentarem alguns documentos, como termo de anuência de comunidades tradicionais e contratos de repartição de benefícios, o que talvez tenha gerado obstáculos para o processo de patenteamento de novos produtos.



Artigo

Figura 4. Registro de medicamentos na Anvisa por categoria



Fonte: Elaborado baseado em dados do Relatório de Atividades da Anvisa – 2015 (BRASIL, 2016a).

A ampliação do arcabouço normativo na área de fitoterápicos foi relevante em 2014, porém, a mudança mais significativa foi à criação da categoria de Produto Tradicional Fitoterápico (PTF), um grande benefício para a população brasileira por ser uma opção terapêutica mais próxima da história e tradição da maioria dos pacientes (Tab.3). Algumas mudanças também consolidaram a regulamentação dos fitoterápicos, a exemplo da exigência da pesquisa de resíduos de agrotóxicos nas plantas medicinais em testes de controle de qualidade, a revisão e ampliação da lista de espécies vegetais de registro simplificado e da aplicação do processo de notificação simplificada (BRASIL, 2016 b, c, d, e). Recentemente foi lançado o Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira (MFFB), RDC n. 84/2016, desenvolvido para garantir o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicas no Brasil. Este resgate de conhecimentos e práticas tradicionais associadas ao desenvolvimento de tecnologias e inovações pode fomentar a agricultura familiar e os arranjos produtivos locais promovendo o uso sustentável da biodiversidade e a proteção do patrimônio cultural.



Artigo

O MFFB descreve sobre a monografia de 28 espécies fitoterápicas seguindo as normas em vigor na Anvisa (Resolução RDC nº 26, de 13 de maio de 2014 e Instrução Normativa nº 02 de 13 de maio de 2014) que determina que as indicações terapêuticas podem ser baseadas por meio de estudos não-clínicos e clínicos, ou por tempo de uso seguro, essas indicações previstas no memento fitoterápico são recomendadas para os profissionais habilitados a prescrever fitoterápicos (BRASIL, 2016b).

Na composição do memento fitoterápico constam o título da monografia, a identificação, nomenclatura titular, parte utilizada da planta ou órgão vegetativo, indicações terapêuticas e contraindicações. E as espécies que compõe este documento são: *Actaea racemosa* L.; *Aesculus hippocastanum* L.; *Allium sativum* L.; *Aloe vera* (L.) Burm.f.; *Calendula officinalis* L.; *Cynara scolymus* L.; *Echinacea purpurea* (L.) Moench; *Equisetum arvense* L.; *Ginkgo biloba* L.; *Glycine max* (L.) Merr.; *Harpagophytum procumbens* DC. e *Harpagophytum zeyheri* Hlenf. & H. Hartmann; *Hypericum perforatum* L.; *Lippia sidoides* Cham; *Matricaria chamomilla* L.; *Maytenus ilicifolia* Mart. ex Reissek e *Maytenus aquifolia* Mart.; *Passiflora incarnata* L.; *Paullinia cupana* Kunth; *Peumus boldus* Molina; *Piper methysticum* G. Forst.; *Psidium guajava* L.; *Rhamnus purshiana* DC.; *Senna alexandrina* Mill.; *Serenoa repens* (W. Bartram) Small; *Stryphnodendron adstringens* (Mart.) Coville; *Trifolium pratense* L.; *Uncaria tomentosa* (Willd. DC.); *Valeriana officinalis* L.; *Zingiber officinale* Roscoe.

Tabela 3. Legislação brasileira pertinente a Drogas Vegetais e Fitoterápicos.

Drogas Vegetais e Fitoterápicos	
Normativa	Descrição
RDC n.10, 9/03/2010	Notificação de drogas vegetais junto a Agência de Vigilância Sanitária
RDC n.899, 29/05/2003	Determinar a publicação do Guia para validação de métodos analíticos e bioanalíticos.
RDC n.88, 16/03/2004	Determina a publicação da determina a publicação da Lista de Referências Bibliográficas para avaliação de segurança e eficácia de fitoterápicos
RDC n.90, 16/03/2004	Determina a publicação do Guia para realização de estudos de toxicidade pré-clínica de fitoterápicos



Artigo

RDC n.91, 16/03/2004	Determina a publicação do guia para realização de alterações, inclusões, notificação e cancelamentos pós-registro de fitoterápicos.
Portaria n.971/GM/MS, 03/05/2006	Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS.
Portaria SAS n. 853, 17/11/2006	Inclui na tabela de serviços/classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES de Informações do SUS, o serviço Práticas Integrativas e Complementares.
Decreto n. 5.813, 22/06/2006	Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências.
RDC n.67, 8/10/2007	Dispõe sobre boas práticas de manipulação de preparações magistrais e oficinas para uso humano em farmácias.
IN n. 5, 11/12/2008	Regulamenta o texto de bula de medicamentos fitoterápicos.
RDC n.87, 21/11/2008	Altera o regulamento técnico sobre as boas práticas de manipulação em farmácias.
Portaria Interministerial n. 2.960, 09/12/2008	Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos.
RDC n. 95, 11/12/2008	Regulamenta o texto de bula de medicamentos fitoterápicos.
RDC n.47, 8/09/2009	Estabelece regras para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos fitoterápicos.
RDC n.10, 9/03/2010	Notifica drogas vegetais junto a Agência de Vigilância Sanitária.
Portaria MS n. 886, 20/04/2010	Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde.
RDC n. 14, 31/03/2010	Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos
RDC n. 17, 16/04/2010	Dispõe sobre as boas práticas de fabricação de medicamentos
Portaria SAS n. 470, 19/08/2011	Inclui na Tabela de Serviços/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde -



Artigo

Portaria n. 533, 28/03/2012	SCNES, no serviço de código 125 - Serviço de Farmácia (classificação 007 - Farmácia Viva). Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
RDC n. 13, 14/03/2013	Dispõe sobre as boas práticas de fabricação de produtos tradicionais fitoterápicos
RDC n.14, 14/03/2013	Dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Insumos Farmacêuticos Ativos de Origem Vegetal.
RDC n. 26, 13/05/2014	Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos.
IN n.10, 26/11/2014	Altera o item 11 da Lista de produtos tradicionais fitoterápicos de registro simplificado, do Anexo da Instrução Normativa Nº 2, de 13 de maio de 2014, que publica a "Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado" e a "Lista de produtos tradicionais fitoterápicos de registro simplificado".
RDC n. 66, 26/11/2014	Altera o Anexo IV da Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 26, de 13 de maio de 2014, que dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos.
RDC n. 84, 17/06/2016	Aprova o Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira e dá outras providências.
RDC n. 93, 12/07/2016	Altera a RDC nº 26, de 13 de maio de 2014, que dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos.
RDC n. 105, 31/08/2016	Altera a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 26, de 13 de maio de 2014, que dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos.



Artigo

RDC n. 106, 01/09/2016 Altera a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 26, de 13 de maio de 2014, e a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 26, de 30 de março de 2007.

Fonte: Elaborada com referência no site da Anvisa (<http://portal.anvisa.gov.br>) e do Portal da saúde (<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=legislacoes/pnpics>), 2016. RDC – Resolução Diretiva Colegiada da Anvisa; IN- Instrução Normativa; GM- Gabinete do Ministro, MS- Ministério da Saúde; SAS – Secretaria de Atenção a Saúde; DGP – Departamento geral de pessoal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sistemas regulatórios e a legislação internacional diferem quanto às definições de produtos e medicamentos a base de plantas medicinais, ao controle de qualidade, as proibições e restrições, e ao monitoramento e controle dos fitoterápicos tradicionais. De modo geral são utilizados como instrumentos legais e regulatórios, as leis, normas, decretos, diretrizes e licenças. A legislação específica é fundamental para garantir segurança e direitos à nação, mesmo que em alguns casos ela torne o processo de regulação uma ação morosa.

A regulamentação dos fitoterápicos associado ao reconhecimento do saber popular, por meio da legislação, impacta diretamente a produção industrial e a propriedade intelectual na área da inovação tecnológica de medicamentos. Embora, as normas possam dificultar o processo de desenvolvimento de novos produtos, devido à burocratização do acesso ao conhecimento, para empresas e cientistas, por outro lado ela resguarda o direito de participação das comunidades nos benefícios do uso destes produtos e assegura a proteção dos recursos naturais.

Muitas doenças estão associadas às condições socioambientais, por isso, um produto natural e cultural agrega valor simbólico às espécies tornando mais fácil e viável a luta por sua conservação, esse resgate pode ser a alternativa mais viável para sustentabilidade econômica e ecológica no Brasil. Esta ressignificação do poder medicinal dos produtos ganha credibilidade com a inserção da fitoterapia nos programas de saúde e ainda possibilita o desenvolvimento do país em vários setores.

Além das questões supracitadas, a ampliação do comércio dos produtos fitoterápicos por meio da internet é outro fator relevante, pois, a regulamentação



Artigo

padronizada e globalizada poderá aprimorar o controle sobre a biodiversidade, além de difundir o uso adequado dos fitoterápicos. Um dos obstáculos para a regulamentação dos fitoterápicos tradicionais, segundo a OMS, são as fracas estruturas institucionais reguladoras, pois apenas 20% dos países membros possuem autoridades que assegurem bem a qualidade e a segurança destes produtos, enquanto 50% têm capacidade regulatória variável e 30% não possuem sequer a estrutura.

A medicina moderna e a tradicional apresentam vantagens e desvantagens, porém, é preciso entender o motivo do crescente uso e aquisição dos medicamentos fitoterápicos, pode ser em virtude da falta de acesso aos tratamentos de saúde da medicina moderna, ou por acreditar no poder histórico, cultural e religioso do uso terapêutico das plantas medicinais, ou porque o produto tem um custo menor, ou porque é natural e ecológico, enfim, por diversos critérios. Ressalta-se a importância de regulamentar a produção e o comércio dos fitoterápicos, além de desburocratizar o registro, garantir a qualidade e a segurança do uso, e fundamentalmente integralizar a medicina popular e científica para minimizar os problemas de saúde pública.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE UP, LUCENA RFP, ALENCAR NL. **Métodos e técnicas para coleta de dados etnobiológicos**. [1]. Recife, PE: NUPPEA, 2010.p.559.

ALVES A. R., SILVA M. J. P. O uso da fitoterapia no cuidado de crianças com até cinco anos em área central e periférica da cidade de São Paulo. **Revista Escola de Enfermagem**, USP. v. 37(4), p. 85-91. 2003

BRASIL. Lei Federal nº 6.360 de 1976. Dispõe sobre a Vigilância Sanitária a que ficam sujeitos os Medicamentos, as Drogas, os Insumos Farmacêuticos e Correlatos, Cosméticos, Saneantes e Outros Produtos, e dá outras Providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6360.htm. Acesso em maio 2016.

_____. Lei Federal nº 6437 de 1977. Artigo 10, Inciso IV. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências. Disponível em: <http://legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/93649.pdf>. Acesso em maio 2016.



Artigo

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira, 1ª edição. 2011. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/farmacopeiabrasileira>. Acesso em maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Anvisa. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 18, de 3 de abril de 2013. Dispõe sobre as boas práticas de processamento e armazenamento de plantas medicinais, preparação e dispensação de produtos magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos em farmácias vivas no âmbito do SUS. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc.html>. Acesso em maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Anvisa. RDC n.10 de 10 de março de 2010. Dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências. 2010a. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>. Acesso em maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Anvisa. RDC nº 14, de 31 de março de 2010. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. 2010 b. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>. Acesso em maio 2016.

_____. Ministério da Saúde. Anvisa. Instrução Normativa Nº 4, de 18 de Junho de 2014. Determina a publicação do Guia de orientação para registro de Medicamento Fitoterápico e registro e notificação de Produto Tradicional Fitoterápico. 2014. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>. Acesso em dezembro 2016.

_____. Anvisa. Relatório de Atividades da Anvisa – 2015. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2016 a. p.112. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/281258/2742545/Relat%C3%B3rio+de+Atividades+Anvisa+2015/a0a8d532-eeb4-45d5-9423-392b80350956>. Acesso em outubro 2017.

_____. Ministério da Saúde. RDC n. 84, 17 de junho de 2016. Aprova o Memento Fitoterápico da Farmacopeia Brasileira e dá outras providências. 2016 b. Disponível



Artigo

em:<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33832/2909630/Memento+Fitoterapico/a80ec477-bb36-4ae0-b1d2-e2461217e06b>. Acesso em outubro 2017.

_____. Ministério da Saúde. Anvisa. RDC n. 93 de 12 de julho de 2016. Altera a RDC nº 26, de 13 de maio de 2014, que dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. 2016 c. Disponível em:

http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2799528/%281%29RDC_93_2016.pdf/593061df-91b4-4e31-af91-cef6157c6812. Acesso em outubro 2017.

_____. Ministério da Saúde. Anvisa. RDC n. 105, 31 de agosto de 2016. Altera a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 26, de 13 de maio de 2014, que dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. 2016 d. Disponível

em:ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2016/iels.set.16/Iels165/U_RS-MS-ANVISA-RDC-105_310816.pdf. Acesso em outubro 2017.

_____. Ministério da Saúde. Anvisa. RDC n. 106, 01 de setembro de 2016. Altera a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 26, de 13 de maio de 2014, e a Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 26, de 30 de março de 2007. 2016 e. Disponível em:

http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2961811/RDC_106_GMESP.pdf/b9ba77ed-67e6-4a5d-b067-a8648f4927ec. Acesso em outubro 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Práticas integrativas e complementares: plantas medicinais e fitoterapia na atenção básica. Brasília, DF: Ed. MS, 2012. *Cadernos de Atenção Básica*; 31.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/praticas_integrativas_complementares_plantas_medicinais_cab31.pdf. Acesso em junho 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2017 / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos,



Artigo

Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 210 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM / MS nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/>. Acesso em dezembro 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.960, de 9 de dezembro de 2008. Aprova o Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>. Acesso em dezembro 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 886, de 20 de abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do SUS. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_886.pdf. Acesso em dezembro 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Dep. de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014 Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Dep. de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 9ª ed. Brasília: MS, 2015. 230 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Dep. de Atenção Básica Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares Relatório de Gestão 2006/2010. Práticas Integ. e Complementares no SUS. DF: Brasília, 2011. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/rel_gestao2010_final.pdf. Acesso em dezembro 2016.

_____. Ministério da Saúde. Anvisa. RDC nº 17/2010. Dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Medicamentos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/>.html. Acesso em maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Anvisa. RDC nº 138/2003. Estabelece quais medicamentos são considerados isentos de prescrição através da lista de Grupos e



Artigo

Indicações Terapêuticas Especificadas (GITE). Disponível em:
<http://coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2016/09/33.pdf>. Acesso em maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Anvisa. RDC n° 30/2008. Determina a obrigatoriedade do cadastramento por toda empresa que fabricar, fracionar, distribuir, importar, exportar, armazenar, expedir e embalar insumos farmacêuticos. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2008/190508_3.htm. Acesso em junho 2015.

_____. Ministério da Saúde. Anvisa. RDC n° 13/2013. Dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Produtos Tradicionais Fitoterápicos. Disponível em: <http://www.farmacotecnica.ufc.br>. Acesso em dezembro 2016.

_____. Ministério da Saúde. Anvisa. Instrução Normativa (IN) n° 2 de 13 de maio de 2014. Publica a "Lista de medicamentos fitoterápicos de registro simplificado" e a "Lista de produtos tradicionais fitoterápicos de registro simplificado". [Acessado 2016 dez 3]. Disponível em:
<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp>. Acesso em dezembro 2016.

_____. Ministério da Saúde. Anvisa. Gerência Geral de Medicamentos (GGMED). Gerência de Tecnologia Farmacêutica (GTFAR). Coord. de Fitoterápicos, Dinamizados e Notificados (COFID). Consolidado de normas da COFID. Brasília. 2009a. Disponível em:
http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/fitoterapicos/consolidado_normas_cofid.pdf. Acesso em maio 2015.

_____. Ministério da Saúde. Anvisa. RDC n. 37, 6 de julho de 2009. Dispõe sobre as Farmacopeias reconhecidas pela Anvisa. 2009b. Disponível em:
<http://portal.anvisa.gov.br/conceitos>. Acesso em dezembro 2016.

_____. Ministério da Saúde. Anvisa. RDC n. 47, de 8 de setembro de 2009. Estabelece regras para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para pacientes e para profissionais de saúde. 2009 c. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/conceitos>. Acesso em 2016 dez 3



Artigo

_____. Ministério da Saúde. Anvisa. RDC 26 de 13 de maio 2014. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos e o registro e a notificação de produtos tradicionais fitoterápicos. 2014. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>. Acesso em dezembro 2016.

_____. Ministério do Meio Ambiente. Conselho de Gestão do Patrimônio Genético. Resolução n. 37, de 18 de outubro de 2011. Estabelece procedimentos para as solicitações de autorização de acesso e remessa de amostras de componentes do patrimônio genético e/ou ao conhecimento tradicional associado, incluindo as processadas como Regularização, nos termos da Resolução n. 35, de 27 de abril de 2011. Diário Oficial [da] União da República Federativa do BRASIL, Brasília, DF, 9 jan. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/estruturas>. Acesso em abril 2016

_____. Presidência da República. Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-6/Decreto/D5813.htm. Acesso em dezembro 2016.

CANADA. Health Canada: Pathway for licensing natural health products used as traditional medicines. 2012. Disponível em: http://hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/pdf/consultation/natur/consult_tradit-eng.pdf. Acesso em junho 2016.

CNESNet. Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp. Acesso em dezembro 2016.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-plicativos/cadastronacionais/cnes>. Acesso em dezembro 2016.

EMA: Guideline on quality combination Herbal medicinal products/Traditional herbal medicinal products. 2008. Disponível em: http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Scientific_guideline/2009. Acesso em maio 2016.



Artigo

FIRMO, W. C. A.; MENEZES, V. J. M.; PASSOS, C. E. C.; et al. Contexto histórico, uso popular e concepção científica sobre plantas medicinais. **Cadernos de Pesquisa**, São Luís, v. 18, n. especial, dez. p.90-95. 2011.

FRANÇA, I. S. X.; SOUZA, J. A. de; BAPTISTA, R. S.; BRITTO, V. R. de S. Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, Mar-Abr; 61(2): 201-8. 2008.

GIAROLA, L. B. et al. Infecção hospitalar na perspectiva dos profissionais de enfermagem: um estudo bibliográfico. **Cogitare Enfermagem**. Jan/Mar; v.17(1): p.151-7. 2012.

HARRISON, J. R. **International Regulation of Natural Health Products**. EUA: Universal-Publishers, 2008. p.184.

INDIA. **Guidelines for Inspection of Gmp Compliance by Asu Drug Industry**. Department of AYUSH, Ministry of Health & Family Welfare, Government of India, New Delhi-2013. [Acessado 2016 jun 16]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/262915156_/09/WC53286.pdf. Acesso em junho 2016.

LIMA L. O., GOMES E. C. Alimento ou medicamento? espécies vegetais frente à legislação Brasileira. **Revista Brasileira Plantas Medicinai**s. Botucatu, v.16 (3), p. 771-782, 2014.

MOURA, L. C. D.; et al. Higiene e desinfecção hospitalar aliadas na segurança do paciente. **Temas em Saúde**. v.17, n. 1. PB: João Pessoa, p.4-17. 2017.

OMS. Organización Mundial de la salud. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023**. 2013. p. 76. [Acessado 2016 dez 9]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95008/1/_spa.pdf. Acesso em dezembro 2016.

PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ). Relatório do 2º ciclo, Módulo 1. Microdados de



Artigo

avaliação externa das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que relata como estão as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da mesma. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php. Acesso em: 03/10/2017.

ROQUE A. A., ROCHA R. M., LOIOLA M. I. B. Uso e diversidade de plantas medicinais da Caatinga na comunidade rural de Laginhas, município de Caicó, Rio Grande do Norte (nordeste do Brasil). **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, v.12(1),p.31-42. 2010.

REZENDE H. A., COCCO M. I. M. A utilização de fitoterapia no cotidiano de uma população rural. **Revista Escola de Enfermagem, USP**;v. 36(3), p.282-8.2002.

SAHOO N., MANCHIKANTI P. Herbal Drug Regulation and Commercialization: An Indian Industry Perspective. **The Journal of Alternative and Complementary Medicine**;v.19(12), p. 957–963. 2013.

SANTOS R. L., GUIMARAES G. P., NOBRE M. S. C., PORTELA A. S. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, v.13, n.4, p.486-91, 2011.

SEN S, CHAKRABORTY R, BIPLAB B Challenges and opportunities in the advancement of herbal medicine: India's position and role in a global context. **Journal of Herbal Medicine**. v.1, p. 67- 75. 2011;

SIMON D. **O guia Decepar Chora de ervas: 40 receitas naturais para uma saúde perfeita**. Rio de Janeiro(RJ): Campus; 2001.p.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? **Einstein**. v.8, p. 102-6. 2010.

UNIÃO EUROPEIA. Ministério da Saúde. Diário da República. Decreto-Lei n. 176/2006, Série I, de 30 de agosto de 2006. Estabelece o Regimento Jurídico dos medicamentos de uso humano. p. 6297-6383. Disponível em: <http://data.dre.pt/eli/dec-lei/176/2006/08/30/p/dre/pt/html>. Acesso em julho 2017.



Temas em Saúde

Volume 18, Número 1

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

VALE NB. A farmacobotânica, ainda tem lugar na moderna anestesiologia? **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 52(3): p.368-80. 2002

WEYRICH, L. S.; DUCHENE, S.; SOUBRIER, J. et al. Comportamento de Neanderthal, dieta e doença inferida do DNA antigo no cálculo dentário. **Nature**. v. 544, p. 357-361. Mar, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world medicines situation 2011: Traditional medicines: global situation, issues and challenges**. Geneva: WHO Press, 2011.



FITOTERAPIA TRADICIONAL E PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO SISTEMA DE
SAÚDE DO BRASIL

Páginas 66 a 97

Artigo

FRATURAS DE FÊMUR: ANÁLISE DE SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA O IDOSO

FRACTURES OF FEMALE: ANALYSIS OF THEIR CONSEQUENCES FOR THE ELDERLY

Katiane Chagas Fernandes¹

Rodrigo Vital Miranda²

Maria Iracema Tabosa da Silva³

Carlos Bezerra de Lima⁴

RESUMO - Este artigo foi elaborado a partir do desenvolvimento de uma pesquisa de revisão, com o objetivo geral de estudar as principais consequências das fraturas de fêmur nos indivíduos idosos. O estudo aplicou o método de revisão integrativa da literatura atual publicada em periódicos disponíveis na base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde - BVS, que congrega: Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Eletronic Library Online (SCIELO); dos quais foram selecionados onze artigos que obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão metodológica para a pesquisa. A conclusão do estudo é que o tema trabalhado mostrou que as principais consequências das fraturas de fêmur são a dependência funcional total ou parcial, evidenciando a necessidade de novos estudos que busquem a resolução real tanto mediante ações preventivas quanto para a busca da qualidade de vida para os acometidos por este agravo.

Descritores: Idosos. Fraturas de Fêmur. Consequências.

¹ Enfermeira pela Universidade do Estado do Pará – UEPA. E-mail: enf.katianefernandes@hotmail.com

² Médico. Doutor em Anestesiologia pela Universidade de São Paulo – USP.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo – USP-RP.

⁴ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ.



Artigo

ABSTRACT - This article was elaborated from the development of a review research, with the general objective of studying the main consequences of femoral fractures in the elderly individuals. The study applied the method of integrative review of the current literature published in journals available in the Virtual Health Library (VHL) database, which includes: International Literature on Health Sciences (MEDLINE), Latin American and Caribbean Literature on Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SCIELO); of which eleven articles were selected that obeyed the criteria of inclusion and methodological exclusion for the research. The conclusion of the study is that the topic studied showed that the main consequences of femoral fractures are total or partial functional dependence, evidencing the need for new studies that seek real resolution both through preventive actions and the quest for quality of life for those affected by this aggravation.

Keywords: Elderly. Femur fractures. Consequences.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um processo biológico intrínseco, progressivo, declinante e universal, do qual se podem reconhecer mudanças anatômicas na forma estrutural do organismo, mudanças fisiológicas e psicológicas, que são inerentes a este processo. Esse processo é intrínseco, porque está inseparavelmente ligado a todas as etapas do ciclo de vida do indivíduo; é progressivo, porque não retroage, tornando-se cada vez mais intensivo, é declinante, porque na medida em que avança, vai diminuindo as possibilidades de autonomia para a auto realização. Tais mudanças, de ordens anatômicas e funcionais, podem ser propícias ao processo de envelhecimento, como podem ser determinadas por doenças, variando de indivíduo para indivíduo, como afirma Freitas (2002).

A partir de tais características, a sociedade brasileira vem procurando uma forma de definição da pessoa idosa, com a finalidade de estabelecer-lhe um tratamento propício e adequado para suprir suas necessidades. Assim, surgiu a Política Nacional do Idoso (P.N.I.) estabelecida nas leis nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 e lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que aprova o Estatuto do Idoso, definindo idoso no Brasil como o indivíduo que tenha completado 60 anos de idade. Ressalte-se que, a expectativa de vida no Brasil aumentou significativamente nos últimos anos, elevando o quantitativo da população idosa. O percentual de pessoas com 60 anos ou mais na população do país



Artigo

passou de 12,8% em 2012 para 14,4%, em 2016. Houve crescimento de 16,0% na população nessa faixa etária, passando de 25,5 milhões para 29,6 milhões de pessoas (IBGE- PNAD, 2016).

Esse crescimento populacional de indivíduos idosos, conseqüentemente, acarreta mudanças no perfil epidemiológico desta população, fundamentalmente, pelas características que lhe são inerentes, exigindo que ela seja considerada uma população “especial”. O envelhecimento desta população a torna mais propensa a doenças crônicas e acidentes, demandando mais internações e intervenções cirúrgicas, conseqüentemente, mais atenção e cuidados específicos; necessitando de suporte profissional qualificado e acompanhamento de cuidadores, familiares e outras especificidades. Particularmente, em conseqüência de doenças senis, a exemplo da osteoporose, que acarreta o aumento do risco de fraturas (GUARNIERO; OLIVEIRA, 2004), Igualmente, em conseqüência das limitações psicomotoras, que aumentam às chances de ocorrerem lesões por causas externas, que representam a quarta causa geral de mortalidade (DATASUS/ BRASIL, 2015).

A literatura revisada neste estudo considera que entre as mulheres, com o envelhecimento, ocorre diminuição nos níveis de estrógeno, maior perda de massa óssea, aumentando o risco do surgimento da osteoporose e elevando assim os riscos de fraturas (ABRANTES et al., 2013). Contudo, dados oficiais dão conta de que a incidência da osteoporose ocorre em mesma incidência tanto para homens como para mulheres a partir dos 80 anos de idade (BRASIL, 2012). Como afirmado anteriormente a osteoporose aumenta o risco de fraturas no idoso, sendo que as mais comuns na osteoporose são: fratura por compressão vertebral, fratura do punho, da bacia – ramos pubianos – e da extremidade proximal do fêmur (GUARNIERO; OLIVEIRA, 2004). Além das limitações e sofrimento causados pelas fraturas, os casos mais graves podem levar à morte, principalmente as fraturas de fêmur (BRASIL, 2012).

Fraturas em pessoas idosas significam um grande desafio à saúde e qualidade de vida das mesmas. Fazendo-se uma projeção no perfil epidemiológico dos traumas com fratura, perspectivas futuras apontam que ao menos seis milhões de pessoas idosas irão sofrer fratura de fêmur até 2050, intensificando ainda mais a relevância deste estudo, permitindo assim observar esses números consideráveis de casos e evidenciar o péssimo cenário nacional; instigando a ideia da realização de ações não satisfatórias e ou não comprometimento com esta população (SOARES et al., 2012). Ressalte-se que, alguns riscos aos idosos como instabilidade postural, fraqueza dos membros inferiores, tonturas, audição deficiente, artrite, uso de psicotrópicos, sedativos e esteroides, contribui e muito para a ocorrência de sérios agravos, deixando claro então que de forma significativa,



Artigo

podemos sim obter bons resultados com o conhecimento de suas fragilidades e a promoção de ações que visem ao bem estar do idoso como um todo (DELDUCA et al., 2013).

A fratura de fêmur vem acompanhada de risco iminente de morte, medo de quedas, declínio da saúde de modo geral e institucionalização conforme Oliveira (2016). Do ponto de vista dos fatores causais, as lesões mais frequentes são as fraturas de fêmur, totalizando em 24% dos eventos, motivadas principalmente por quedas, cerca de 25% (CAMPOS et al., 2014). Buscando amenizar essa problemática, o Ministério da Saúde brasileiro criou o Comitê da Osteoporose e de Queda na População Idosa, para ressaltar ainda mais as particularidades da população em questão (BRASIL, 2012). Oportuno se faz enfatizar que as fraturas de fêmur repercutem de maneira assustadora no que se diz respeito a economia no Brasil e outros países do mundo, estima-se então que mundialmente a fratura de fêmur em idosos irá contribuir para um gasto no cofres públicos de 131 bilhões de dólares em 2020(SOARES et al., 2012) .

Em se tratando de inúmeros esforços empreendidos para a prevenção de futuras fraturas Conceição et al. (2012) apontam que diversos programas como “Casa Segura” e “Vivendo a Melhor Idade” estão sendo criados principalmente pela Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) para que um maior suporte seja dado a essa faixa etária da população, não só como fator de prevenção, também como viver melhor mesmo com algumas patologias e ou sequelas, priorizando exercícios físicos, alimentação balanceada, terapias, tratamento caracterizado, preenchimento de tempos livres dentre outras coisas.

No seio da família, desde o nascimento até a morte, o cuidado entre os seus membros é importante para a manutenção da saúde e da sobrevivência (SILVA; FRANCO, 1996). Deste modo, os autores comprovam que o cuidar do ser humano, em especial o idoso, é empírico e inerente ao homem; desde o nascer, seja como cuidador ou receptor de cuidados. As específicas medidas de promoção da saúde ou de prevenção de doenças e complicações são de suma importância para promover a qualidade de vida e diminuir os riscos a que estão expostos os idosos. O atendimento a idosos no pós-trauma deve ser de acordo com suas especificidades relacionadas aos fatores limitantes desta população; implica uma avaliação completa do estado geral e das particularidades circunstanciais desse momento, com dados geralmente fornecidos por familiares e cuidadores, suas queixas, doenças pré-existentes, fármacos utilizados, enfim, uma avaliação específica com profissionais qualificados, para assim obter o melhor resultado possível (BARROS et al., 2013).



Artigo

Os pressupostos apresentados neste estudo instigam a pensar na seguinte questão norteadora: Quais as principais consequências das fraturas de fêmur em idosos? Sob essa perspectiva, seu desenvolvimento foi orientado pelo objetivo geral estudar as principais consequências das fraturas de fêmur em idosos.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado mediante uma revisão integrativa, esta inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos. O processo de sua realização passou por seis etapas.

Na primeira deu-se a definição do tema e elaboração da questão de pesquisa: Quais as principais consequências das fraturas de fêmur no idoso. Na segunda foi delimitada a amostragem na literatura, em cuja busca foram considerados os seguintes critérios para inclusão e exclusão dos estudos. Os critérios de inclusão foram: textos disponíveis na íntegra, idioma em português, publicações correlacionados com as fraturas de fêmur e população idosa como também houve restrição cronológica de 2007 a 2016 abrangendo mais estudos atualizados com relação ao tema. Quanto aos critérios de exclusão estão artigos que não estivessem no período estabelecido, publicações repetidas em mais de uma base de dados, que não mencionassem a faixa etária e as pesquisas que também teriam como método a revisão integrativa. A terceira etapa foi a categorização dos estudos, demonstrada no quadro 01 e quadro 02. A quarta fase foi a avaliação dos estudos. A quinta fase abrangeu a interpretação dos resultados e respectiva discussão. Na sexta e última fase deu-se a síntese de conhecimentos, apresentada nas considerações finais (MENDES, 2008).

A coleta de dados foi realizada por meio de busca sistematizada de literatura e artigos nas bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde- BVS, utilizando-se os descritores idosos, fraturas de fêmur e consequências. Para iniciar a análise dos artigos foram lidos os títulos e o resumo das publicações, observando os seguintes itens: características metodológicas, dentre elas, tipo de publicação, objetivo, amostra, resultados; para só assim serem selecionados e lidos categoricamente mais tarde.

Considerando apenas os estudos publicados sobre estes aspectos citados acima, após uma averiguação de títulos e resumos dos 7065 encontrados, destes 3145 eram textos completos, dos quais somente 101 artigos eram no idioma português, 88 obedeciam a



Artigo

ordem cronológica e destes foram retiradas revisões integrativas e as que não se referiam a faixa etária estabelecida, finalmente 18 artigos foram pré-selecionados para esta pesquisa.

Com uma leitura de forma exaustiva e complexa resultou na não utilização de mais sete artigos, por não apresentarem conclusões e metodologias pertinentes a este artigo. Em seguida realizou-se a coleta de dados dos onze artigos para a realização desta pesquisa. Dessa forma, ela não é uma mera repetição do que já foi dito escrito sobre um determinado assunto, mas propicia o exame de um tema sob um novo enfoque ou abordagem, chegando a novas conclusões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos através do processo de desenvolvimento desta pesquisa possibilitam a visualização de forma panorâmica das consequências geradas ao idoso em decorrência das fraturas de fêmur. Tais consequências caracterizam as faturas de fêmur com um grave problema a desafiar os profissionais de saúde e a população em geral a buscar soluções que venham a preveni-las, especialmente, junto à população de idosos.

O Quadro I apresenta os artigos que abordam a temática em estudo, numerados de A1 a A11, com a identificação dos títulos dos estudos, ano em que os mesmos foram publicados, seus autores, objetivos e métodos utilizados, bem como a revista que publicou cada pesquisa. Essas abordam temas como idosos, fraturas de fêmur e suas consequências..

QUADRO 01 - Identificação dos Artigos

Ano	Autores	Título	Tipo de Estudo	Revistas
A1/ 200 8	DELDUC A, G. F.; et al	Quedas e fraturas entre residentes de instituições de longa permanência para idosos	Estudo transversal e exploratório	Revista Brasileira de Epidemiologia
A2/ 201 2	SOARES, D. S.; et al	Fraturas de fêmur em idosos no Brasil: análise espaço- temporal de 2008 a 2012	Estudo ecológico	Cad. Saúde Pública



Temas em Saúde

Volume 18, Número 1

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

A3/ 201 2	SOARES, D. S., et al	Análise dos fatores associados a quedas com fraturas de fêmur em idosos: um estudo caso- controle	Estudo caso- controle	Revista Brasileira de Geriatria
A4/ 201 3	BARROS, M. A. A. de; et al	Características dos agravos e da assistência prestada aos idosos em um serviço pré- hospitalar móvel	Estudo documental e retrospectivo	Revista de Enfermagem
A5/ 201 3	ABRANT ES, K. S. M. de; et al	Caracterização das quedas em idosos socorridos pelo serviço de atendimento móvel de urgência	Estudo transversal	Arquivos Brasileiros de Saúde
A6/ 201 3	NASCIM ENTO, E. R. P. do; et al	Ambiência de uma emergência hospitalar para o cuidado ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem	Estudo exploratório- descritivo	Revista de Enfermagem
A7/ 201 4	CAMPOS, J. F. S.; et al	Trauma em idoso atendido no pronto atendimento da emergência do Hospital de Base	Estudo descritivo	Arq. Ciências da Saúde
A8/ 201 6	CONCEIÇ ÃO, A. M.; et al	Internações por fratura de Fêmur em Salvador, Bahia	Estudo descritivo	Revista Baiana de Saúde Pública
A9/ 200 8	GUIMAR ÃES, F. A. M.; et al	Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos um ano após o tratamento cirúrgico de fraturas transtrocanterianas do fêmur	Estudo prospectivo descritivo	Revista Brasileira de Ortopedia
A10 / 200 7	JAHANA, K. O. ; DIOGO, M. J. D	Quedas em idosos: principais causas e consequências	Estudo transversal e Exploratório	Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal



FRATURAS DE FÊMUR: ANÁLISE DE SUAS CONSEQUÊNCIAS PARA O IDOSO

Páginas 98 a 110

Artigo

A11 / 2008	FORTES, E. M. et al	Elevada morbimortalidade e reduzida taxa de diagnóstico de osteoporose em idosos com fratura de fêmur proximal na cidade de São Paulo	Estudo prospectivo e observacional	Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólica [online]
------------	---------------------	---	------------------------------------	---

Fonte: Autor, 2018.

Podemos observar no quadro I que os artigos selecionados abordando o tema em questão concentração do maior número deles entre os anos de 2008 e 2013. Um dado interessante é que no estudo A3, o autor especifica bem algumas consequências geradas ao idoso após a fratura de fêmur, a expectativa de vida diminui em até 20%, a mortalidade pode chegar a terríveis 50%, restrito ao leito ou com cadeiras de rodas também 50%, e após um ano da cirurgia a dificuldade em deambular atinge 44, 2%, piorando para os que tem mais de 80 anos, com dependência funcional em mais de 30%; são estatísticas alarmantes que remetem o leitor a refletir acerca desta realidade, dando uma ressignificação a medidas necessárias com propósitos realmente eficazes.

Um fator importante é a mobilização precoce, possibilitando a conservação do osso fraturado, pois a grande maioria das fraturas de fêmur resulta em cirurgias. Para o autor do estudo A6, os pacientes com pouca ou nenhuma mobilidade apresentam sérios riscos de lesões por pressão principalmente em proeminências ósseas, vulnerabilidade fisiológica e um elevado grau de dependência; Adverte que devido à mobilidade limitada dessas vítimas, o risco de lesão aumenta substancialmente.

De acordo com autor do estudo A9, o número de pacientes que necessitam de auxílio à deambulação fica em torno dos 44%, enquanto que 11,5% não recuperam sua capacidade de deambular após a fratura; reforçado este agravo também pelo autor do estudo A2, enfatizando que este fenômeno agrava ainda mais para os que estão acima dos 80 anos de idade.

Elucidando as principais consequências das fraturas de fêmur nos idosos em relação aos estudos analisados, o autor do estudo A7 constatou que metade das fraturas de fêmur causadas pela osteoporose evolui para a incapacidade total ou parcial nas mulheres acima dos 70 anos; isso é constatado também pelo autor do estudo A8, que destaca a osteoporose como um importante fator de risco para as fraturas.

Outros estudos também relatam a perda ou incapacidade funcional nos idosos como aborda o autor A8, ao abordar a fratura de fêmur como uma causa importante na perda funcional; já o autor do estudo A10 destaca o declínio funcional nas atividades de vida diária e acrescenta o isolamento social do paciente, devido ao fato de que necessita



Artigo

de ajuda constante para tais atividades. O mesmo opta por se isolar no ambiente em que vive; de maneira mais enfatizada pelo autor do estudo A11 que refere a piora da capacidade funcional do idoso como um impacto final da fratura de fêmur nesta população.

O reconhecimento das perdas que os idosos sofrem após a fratura é de suma importância para o seu bem estar físico, mental e social. Diante disto alguns autores não só se referem às consequências físicas como também às de cunho psicossocial; como demonstra o autor do estudo A4, independente do tipo de trauma ele reflete em sequelas desta ordem, como perda de autonomia, ansiedade e medo; já o autor do estudo A10 acrescenta que devido à restrição de atividades cotidianas podem ocorrer a diminuição da força muscular e o enfraquecimento dos membros inferiores, aumentando sua dependência, seu isolamento e uma possível institucionalização; este também citado pelo autor do estudo A4, que por falta de conhecimento e suporte a família opta pela internação do idoso em instituições, na maioria delas também não aptas a receber esta população.

Medidas eficazes devem ser empreendidas, não somente no momento do acidente, por ocasião da ocorrência da fratura de fêmur, mas também as ações preventivas de agravos ou complicações que possam acarretar maiores danos e sofrimento. A consequência que mais tememos é o óbito do paciente decorrente deste episódio; confirmada mais uma vez pela estatística elevada dos quais 216 prontuários analisados em um estudo, 7,4% dos pacientes idosos evoluíram para o óbito, de acordo com autor do estudo A7; A mortalidade avaliada nos primeiros seis meses após a fratura foi de 23,2% confirmada pelo autor do estudo A11; devendo-se então entender a extensão deste problema tanto para o idoso como para seus familiares. Isso exige mudanças no processo saúde- doença, ações específicas devem ser tomadas para promover bem-estar; o autor do estudo A8 é bem específico quando se refere ao óbito do paciente idoso após as fraturas de fêmur, quando o mesmo diz que fratura causa mortalidade.

No quadro a seguir são apresentadas as principais consequências acometidas aos idosos após a fratura de fêmur.



Artigo

Quadro 02 - Principais consequências de fratura de fêmur nos idosos segundo autores

CONSEQUÊNCIAS	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11
Sequelas Psicossociais											
Dependência parcial ou total											
Diminuição da força muscular											
Institucionalização											
Morte											
Medo de cair											

Fonte: Autor, 2018.

Neste quadro observamos quão grande são as consequências vivenciadas pelos idosos após as fraturas de fêmur, o que nos instiga a tomar novas decisões, evitando-se assim que estes agravos possam ocorrer na quantidade e na forma como ocorrem nos dias atuais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados das análises dos artigos apresentados neste estudo proporcionaram uma visão panorâmica acerca de fraturas de fêmur em idoso e sua vida após este trauma. Constatamos que esta lesão infelizmente ainda faz parte do cotidiano desta população, comprometendo assustadoramente a qualidade de vida do idoso e a de seus familiares.

Foi observada que a dependência funcional total ou parcial é a principal consequência da fratura de fêmur em idosos, e piora para os mais idosos e para o gênero feminino, devido ao elevado índice de osteoporose para esta população. Recomenda-se que aumente o número de serviços que atendem esta população, como consultórios geriátricos, atendimento com fisioterapeuta, psicólogos, enfermeiros, ou seja, uma intervenção interdisciplinar que abranja todo o contexto.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados, enfatizando os já lesionados com intuito de proporcionar qualidade de vida a população que tanto tem para oferecer e para viver.



Artigo

REFERÊNCIAS

ABRANTES, K.S. M., et al. Caracterização das quedas em idosos socorridos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **ABCS-ABCS Health Sciences- Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, 2013; 38 (3); 126-132, set-dez. 2013. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/s/1983-2451/2013/v38/n3/a3905.pdf>> Acesso em Novembro de 2017.

BARROS, M. A. A.; et al Características dos agravos e da assistência prestada aos idosos em um serviço pré- hospitalar móvel. **Revista Enfermagem**. UERJ; 21 (1n.esp): 569-574, 2013. Disponível em < <http://www.facenf.uerj.br/v21nesp1v21e1a02.pdf> > Acesso em Outubro de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Quedas**. Portal Brasil, dez. 2012. Disponível em www.brasil.gov.br/saude/2012/04/quedas Acesso em Outubro de 2017.

BRASIL; Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade. DATASUS, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>> Acesso Janeiro de 2017.

CAMPOS, J.F.S.; Trauma em idoso atendido no pronto atendimento da emergência do Hospital de Base. **Arq. Ciências da Saúde** 2007 out.- dez.; 14 (4): 193-197. Disponível em: < <http://pesquisa.bvsalud.org/brasil/resource/pt/lil-514616> > Acesso em Dezembro de 2017.

CONCEIÇÃO, A. M. et al; Internações por fraturas de fêmur em Salvador, Bahia. **Revista Bahiana de Saúde pública**, v. 40, n. 2, p. 298-314 abr./jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n2.a1286>, Set. 2017. Acesso em Dezembro de 2017.

DELDUCA, G. F.; et al. Quedas e fraturas entre residentes de instituições de longa permanência para idosos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**; 16(1); 68-76, 2013 Mar. São Paulo, Medline, ID: mdl- 23681324. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/151415-790x2013000100007>> Acesso em Novembro de 2017.



Artigo

FORTES, E. M. et al. Elevada Morbimortalidade e Reduzida Taxa de Diagnóstico de Osteoporose em Idosos com Fratura de Fêmur Proximal na Cidade de São Paulo. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabólica** 2008;52/7. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302008000700006>>. Acesso em Fevereiro de 2018.

FREITAS, E. V.; MIRANDA, R. D.; NERY, M. R. **Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global**. In: FREITAS, E. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 362-368.

GUIMARÃES, F. A. M. et al. Avaliação da qualidade de vida em pacientes idosos um ano após o tratamento cirúrgico de fraturas transtrocanteriana do fêmur. **Rev Bras Ortop.** 2011;46 (Supl 1):48-54. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-36162011000700012>> Acesso em Fevereiro de 2018.

GUARNIERO, R.; OLIVEIRA, L. G. Osteoporose: atualização no diagnóstico e princípios básicos para o tratamento. **Revista Brasileira Ortopedia**, v. 39, n. 09, p. 478-479, set. 2004.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica. Síntese de Indicadores Sociais**. Rio de Janeiro: IBGE; 2012-2016 ; Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>> Acesso em Fevereiro de 2018.

JAHANA, K. O.; DIOGO, M. J. D.. Queda em idosos: principais causas e consequências. **Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal**. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84201704>>. Acesso em Fevereiro de 2018

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto contexto - enferm, Florianópolis, v. 17, n. 4, Dec. 2008. Disponível em <<http://www.seabd.bco.ufscar.br/referencia/pesquisa-bibliografica-1/o-que-e-revisao-integrativa>>. Acesso em Dezembro de 2017.



Artigo

NASCIMENTO, E.R. P., et al. **Ambiência de uma emergência hospitalar para os cuidados ao idoso: percepção dos profissionais de enfermagem.** Universidade federal de santa Catarina, Florianópolis- SC, Brasil. **Escola Anna Nery Revista enfermagem** 2015; 19 (2): 338-342 Abr.-jun./2015. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150046> >. Acesso em Novembro de 2017.

SILVA, Y. F. & FRANCO, M. C. **Saúde e Doença: uma abordagem cultural da enfermagem.** Florianópolis: Papa Livro, p. 74, 1996.

SOARES, D. S., et al. **Análise dos fatores associados a quedas com fraturas de fêmur: um estudo caso controle.** **Revista Brasileira de Geriatria.** Gerontol, Rio de Janeiro, 2015; 18(2) 239-248. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2015.14022> >. Acesso em Novembro de 2017.

SOARES, D. S., et al. **Fraturas de fêmur em idosos no Brasil: análise espaço- temporal de 2008 a 2012.** **Cod. Saúde pública,** Rio de Janeiro, 30(12): 2669-2678 dez. 2014. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00218113> > Acesso em Novembro 2017.

TASHIRO, M. T. O.; MURAYAMA, S. P. G. **Assistência de Enfermagem em Ortopedia e Traumatologia.** São Paulo: Atheneu, 2001, p. 101.



Artigo

GRAVIDEZ ECTÓPICA: REFLEXÕES ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

ECTOPIC PREGNANCY: REFLECTIONS ON NURSING CARE

Kalliane Valeska Mendes Leite Fernandes¹
Carlos Bezerra de Lima²

RESUMO - Este estudo foi desenvolvido através de acessos à internet e livros pertencentes a sua autora. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que tem como objetivo investigar na literatura pertinente ao tema gravidez ectópica, com foco de atenção na assistência de enfermagem. O estudo evidenciou a importância do diagnóstico precoce, realização de exames adequados e qualificação profissional para orientar e acompanhar a gestante, desde a descoberta da gravidez ectópica até sua resolução, seja pela utilização de medicamentos, até a curetagem ou histerectomia, dependendo de cada caso. A partir dos resultados, infere-se que as complicações causadas pela gravidez ectópica podem levar as gestantes à morte, ressaltando o papel fundamental do enfermeiro, orientando essas mulheres quanto a ajudar a equipe do pré-natal no devido tratamento. Assim, sua recuperação passa a ser mais rápida e com menos sequelas, superando possíveis traumas físicos e psíquicos com maior facilidade, promovendo melhor qualidade de vida.

Unitermos: Gravidez. Gravidez Ectópica. Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT - This study was developed through internet access and books belonging to its author. This is a bibliographical research, whose objective is to investigate in the literature pertinent to the subject ectopic pregnancy, with focus of attention in nursing care. The study evidenced the importance of early diagnosis, adequate examinations and professional qualification to guide and monitor the pregnant woman, from the discovery of ectopic pregnancy to its resolution, either through the use of medications, until

¹ Enfermeira. Concluinte do curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica.

² Enfermeiro. Doutor em enfermagem.



Artigo

curettage or hysterectomy, depending on each case. From the results, it is inferred that the complications caused by ectopic pregnancy can lead the pregnant women to death, emphasizing the fundamental role of the nurse, guiding these women to help the prenatal team in the due treatment. Thus, their recovery becomes faster and with fewer sequelae, overcoming possible physical and psychic traumas with greater ease, promoting a better quality of life.

Uniterms: Pregnancy. Ectopic pregnancy. Nursing Assistance.

INTRODUÇÃO

A gravidez no ser humano é um fenômeno que dura em torno de nove meses, um período que vai de 40 a 41 semanas, dividido em três trimestres, que se inicia com a fecundação do óvulo pelo espermatozoide e termina com o nascimento do bebê por via vaginal ou cesariana. A gravidez significa um momento único e sublime na vida da mulher, gerando uma imensidão de sentimentos, emoções e adaptações para a chegada do novo membro da família. Quando esta mulher descobre que sua gravidez é ectópica e não pode progredir, todos os sentimentos anteriores passam a se transformar em frustrações, medo e dúvidas. Então, o que tudo isso significa?

A gravidez ectópica é uma complicação da gravidez, na qual o feto se instala fora do útero, podendo se implantar nas trompas, heterotópica, na cavidade abdominal, na cicatriz da cesárea anterior, cervical ou ovariana. As causas dessa gravidez podem ser desde uma cesárea anterior, o uso do DIU, Clamídia ou até endometriose. Existem também outros fatores de risco como idade superior a 35 anos, fertilização *in vitro*, malformação das trompas, vários parceiros sexuais, infertilidade, inflamação pélvica, dentre outros (SEDICIAS, 2017).

A maioria das vezes a gravidez ectópica pode não ser percebida de início pois pode apresentar os mesmos sintomas de uma gestações habitual, mas alguns sinais e sintomas como, dor pélvica e sangramentos vaginais podem ser um alerta para a gestante. Uma vez descoberta precocemente esta complicação gestacional, o obstetra irá dispor de métodos para acompanhamento como a ultrassonografia e tratamento da gravidez ectópica. Esse tratamento varia desde a utilização de medicamentos para interromper a gestação como o metotrexate e caso não seja obtido os resultados esperados, passa a ser indicado o procedimento cirúrgico de histerectomia, tentando priorizar a vida da mãe.



Artigo

Se esta complicação não for diagnosticada precocemente, antes de oito semanas de gravidez, a vida da mãe corre sérios riscos, pois a evolução dessa gestação a placenta pode se implantar nos tecidos e órgãos vizinhos, além de romper vasos calibrosos e causar hemorragias intensas, tendo que ser realizada histerectomia de urgência e podendo levar ao óbito materno. Sendo assim, a falta de informação das gestantes e inicialização tardia do pré-natal podem retardar o diagnóstico e a devida assistência, podendo ocasionar sequelas ou morte da mãe e do filho.

Por tudo isso, relevância deste estudo repousa na detecção e diagnóstico precoce da gravidez ectópica, condição para que se inicie a atenção necessária à mesma, cuidado adequado e tratamento específico, com acompanhamento minucioso do caso, para levar a gestante ao término da gestação dentro dos resultados esperados e sem intercorrências. Ressalte-se a fundamental importância da informação à gestante acerca desse tipo de gestação. Iniciando o pré-natal o quanto antes possível, proporcionando assistência adequada e segura, prevenindo complicações e morte materna.

Sob esta perspectiva, o presente estudo objetiva: Apresentar os aspectos teóricos inerentes à gravidez ectópica; Determinar a assistência de enfermagem à gestante, com foco de atenção no conhecimento e informações acerca da gravidez ectópica.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo bibliográfico, pois diz respeito ao conjunto de conhecimentos humanos reunidos nas obras lidas, com a finalidade fundamental de conduzir o leitor a determinado assunto e promover a coleção, armazenamento, reprodução, utilização e comunicação das informações coletadas no desenvolvimento da pesquisa (PRESTES, 2016). Esse tipo de investigação é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos (GIL, 2002).

Os dados foram coletados em artigos científicos na internet e livros. Os sites pesquisados na internet são de referência científica e de conteúdo não duvidoso, já utilizado como fontes de informações em pesquisas anteriores. Os critérios para seleção das fontes tanto de origem primária quanto secundária, foram selecionados de acordo com uma abordagem conceituada e atualizada sobre a temática abordada, com subsídio para o levantamento bibliográfico e que englobe os objetivos dessa pesquisa.



Artigo

A seleção inicial dos artigos foi realizada com base em seus títulos e resumos, relacionados ao tema. Na sua maioria apresentam pequenas séries de casos e relatos de casos isolados. (COUTINHO et al., 2014).

Os dados foram analisados descritivamente mediante consulta ao acervo bibliográfico existente ao tema abordado.

GRAVIDEZ FISIOLÓGICA

A **gravidez** é o período de crescimento e desenvolvimento de um ou mais embriões no interior do útero (LOUREDO, 2017). Tem duração em torno de nove meses (40 semanas ou 280 dias aproximadamente), sendo que o parto pode se dar duas semanas antes ou depois deste prazo (COIMBRA, 2016). Tem início com a fecundação onde há a junção do óvulo com o espermatozoide, normalmente nas trompas de falópio, e cai na cavidade uterina se implantando. Após a implantação o embrião e a placenta começam a se desenvolver (SEDÍCIAS, 2016).

A gravidez é dividida em três trimestres onde no primeiro ocorre maior risco de abortamento espontâneo por diversas razões como: malformações, infecções maternas, implantação do óvulo em local inapropriado, baixa hormonal, dentre outros.

No segundo trimestre, está mais visível os sinais da gravidez e os órgãos internos do feto estão se desenvolvendo. No terceiro trimestre o bebê já está formado e passa a maturação dos órgãos e ganho de peso até o parto (COIMBRA, 2016). Com a descoberta da gravidez e com o desenvolvimento do bebê, começa um turbilhão de sentimentos que toma conta da cabeça da mulher. Alegria, medo, insegurança e ansiedade ao mesmo tempo e em alta dosagem (AMARAL, 2016).

Momento sublime marcado por mudanças significativas na vida da mulher, a gestação traz a possibilidade de vivências de sentimentos ambivalentes, os quais implicam novos arranjos adaptativos na vida da gestante (ROCHA et al., 2013 Apud MALDONADO, 2002).



Artigo

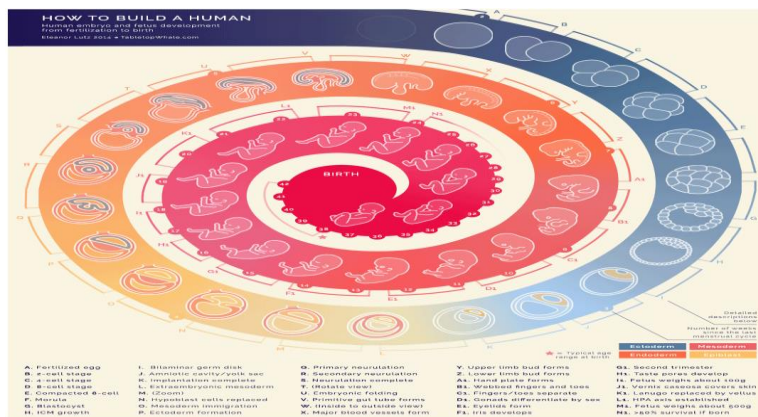


FIGURA 1: DESENVOLVIMENTO DO FETO NA GRAVIDEZ FISIOLÓGICA

FONTE: <http://www.vidaativa.pt/a/gravidez-passo-a-passo/>

GRAVIDEZ ECTÓPICA

A palavra gravidez ectópica é derivada do grego “ektopos” que significa “fora do lugar” e significa que a implantação do blastocisto foi fora do revestimento do endométrio uterino, ou seja, óvulo fecundado se dá em locais inapropriado.

a primeira descrição conhecida de uma gravidez ectópica foi realizada pelo médico Andaluz Abulcasis no século XI. Gravidez ectópica é um problema que surge quando o óvulo fecundado implanta-se de forma equivocada em outras estruturas que não o útero (PINHEIRO, 2016).



Artigo

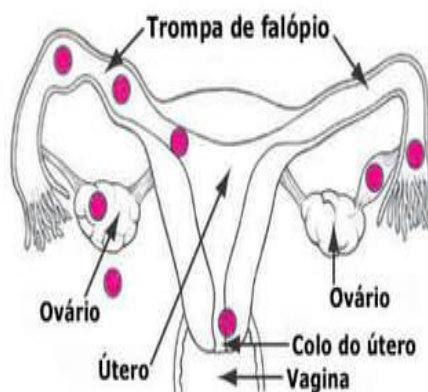


FIGURA 2: DIFERENÇA DA GRAVIDEZ NORMAL PARA A ECTÓPICA
FONTE: <http://boaformaesaude.com.br/gravidez-ectopica-sintomas-como-acontece-e-quais-os-sinais/>

FIGURA 3: SÍTIOS DE IMLANTAÇÃO DA GRAVIDEZ ECTÓPICA
FONTE: <http://tudoparagravida.com.br/gravidez-ectopica/>

CLASSIFICAÇÃO

De acordo com o local de implantação assim se classifica a gravidez ectópica: Tubária (se for nas trompas de falópio), heterotópica (na porção final das trompas), cavidade abdominal, na cicatriz da cesárea anterior, cervical ou ovariana (ROCHA et al., 2013 Apud BERG et al., 2008).

O feto produz enzimas que o permitem implantar em variados tipos de tecidos, assim o embrião implantado em outro lugar que não seja o útero pode causar muitos danos ao tecido tentando conseguir suprimento suficiente de sangue (FONTES, 2008).

A gravidez tubária é quando o óvulo fecundado se implanta nas trompas de falópio (tubo que conduz os óvulos do ovário para o útero), não chegando ao útero (LOPES, 2017). A localização tubária (trompa de falópio) é a mais frequente, ocorre em 95% dos casos, e sua incidência vem crescendo, chegando a 1 para cada 80 a 100 gestações (ZUCCHI et al., 2004).

A paciente pode sofrer um aborto espontâneo sem saber que teve uma gravidez ectópica, pois as trompas não podem desenvolver o embrião, e o mesmo não consegue ter nutrientes suficientes então acaba morrendo e o próprio organismo o expulsa (FONTES,



Artigo

2008). Mas quando o embrião continua se desenvolvendo nas trompas e já é grande o suficiente para romper a mesma, a mulher corre um sério risco de morte (SEDICIAS, 2017).

Normalmente o embrião se fixar nas trompas em média 5 dias após a fecundação, mas a ruptura da trompa é em torno da 6^o ou 7^o semana de gestação, quanto mais perto do útero mais risco de romper pois, é muito fina, e perto do ovário é mais grossa e demora mais tempo para romper (FONTES, 2008).

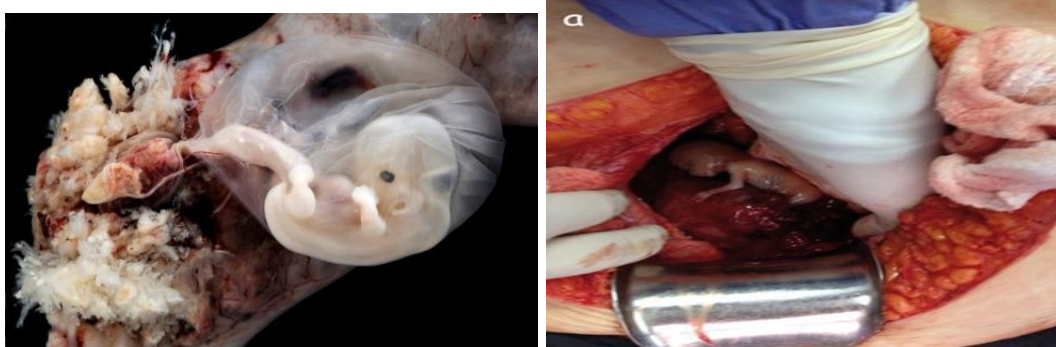


FIGURA 4: FETO IMPLANTADO EM TROMPA DE FALÓPIO

FONTE:

[HTTPS://WWW.FLICKR.COM/PHOTOS/LUNARCAUSTIC/5736740711](https://www.flickr.com/photos/lunarcaustic/5736740711)

FIGURA 5: FETO DE 12/14 SEMANAS FORA DA TROMPA (A)

FONTE: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000200004

A gravidez heterotópica é uma condição rara, na qual a gravidez ectópica e a intrauterina ocorrem simultaneamente, ou seja, a gravidez tópica associada à ectópica (MAIA, et al., 2014). Até pouco tempo a gravidez heterotópica era um evento raro, ocorrendo em 1 para cada 30.000 gestações. Com o advento das técnicas de reprodução assistida, essa incidência aumentou para 1:100-500 gestações (DONADIO et al., 2008).

Em relação aos sítios de implantação da heterotópica, o mais comum é a tuba uterina; entretanto a nidadação ectópica pode ser ainda cornual, cervical, ovariana, abdominal ou em cicatriz de cesárea prévia. E a gestação normal em curso (MAIA et al., 2014).



Artigo

O aumento da incidência desta gravidez heterotópica, está associada à falta de hábito, principalmente frente a gestações obtidas por fertilização in vitro, que serve de alerta para os obstetras e ultra-sonografistas. Esses devem olhar o todo e não apenas o útero(DONADIO, et al., 2008).



FIGURE 1. Intrauterine pregnancy (A) and ectopic pregnancy (B)

FIGURA 6: GE HETEROTÓPICA (FIGURA MOSTRA AS DUAS GESTAÇÕES EM CURSO)

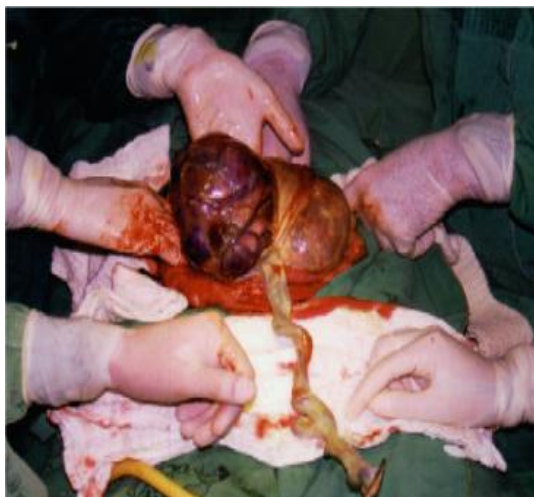
FONTE: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302016000200012

A gravidez ectópica abdominal é caracterizada pela presença do concepto livre na cavidade peritoneal. A condição para o embrião ou feto é extremamente precária, morrendo a maioria no transcurso da gravidez (JUNIOR et al., 1994). De ocorrência extremamente rara, sua incidência varia de 1 para 10.000 a 1 para 64.000 nascimentos, sendo mais frequente nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (SANTOS et al., 1999). É considerada primária quando o óvulo se implanta diretamente na cavidade abdominal e seus órgãos, exceto nos ovários e trompas. E secundária quando se originou de uma gravidez tubária e se implantou em outro local (RUIZ; ORTEGA, 2015).

São raros os relatos de sobrevivência do feto, devido a insuficiência/descolamento da placenta. Podendo encontrar retardo do crescimento, e ao nascimento deformidades dos membros inferiores, da cabeça e características do pós-datismo (pele com pregas, ossos e unhas longos e aspecto de envelhecimento) (SANTOS et al., 1999). Nos eventuais casos em que sobrevivem a gestação, a mortalidade neonatal é muito elevada, quer por conta da prematuridade, da hipoplásica pulmonar ou da hipóxia (SANTOS et al., 1999).



Artigo



FIGURAS 7: GRAVIDEZ ECTÓPICA ABDOMINAL COM FETO VIVO.

FONTE:

[HTTP://WWW.SCIELO.BR/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S0100-72031999001000009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72031999001000009)

FIGURA 8: PLACENTA FETAL ADHERIDA A INTESTINOS RESULTADO DE UMA GE ABDOMINAL

FONTE:

http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2015_III/Art13_Vol15_N3.pdf

A gravidez ectópica na cicatriz de cesárea anterior é a forma mais rara e provavelmente uma das mais perigosas em função dos riscos de ruptura e hemorragia volumosa. A teoria mais razoável para explicar como ocorre é a de que o blastocisto penetra no miométrio através de uma microscópica deiscência na cicatriz, que pode ter sido criada por um trauma de uma incisão cesariana segmentar prévia ou qualquer outra cirurgia (ARRUDA et al., 2008). O primeiro caso foi descrito que se sabe foi em 1978 por Larsen e Solomon e sua incidência vem aumentando por causa do aumento de parto cesárea e da melhor acurácia do ultrassom para diagnóstico (YELA; MARCHIANI, 2013).

A incidência da GECC ainda não foi definida; porém, alguns estudos revelam uma ocorrência entre 1: 2.216 e 1: 1.800 de todas as gestações, e taxas de 0,15% em cesariana prévia e de 6,1% das gestações ectópicas em pacientes com uma cesárea anterior



Artigo

(COUTINHO et al., 2014). De 1978 a 2001 havia somente 18 casos publicados na literatura de língua inglesa de GECC e, entre 2002 e 2003 mais 25 foram publicados, 18 ocorridos no mesmo centro. Em 2006, já havia 112 casos descritos, com quatro séries de casos e relatos de casos isolados (ARRUDA et al., 2008).



FIGURAS 9, 10 E 11: MOSTRAM GE EM CICATRIZ DE CESÁREA ANTERIOR
FONTE: MINHAS PRÓPRIAS USG



Artigo

A gestação ectópica é cervical quando o saco gestacional se implanta no canal endocervical. Sendo a forma mais rara de gestação ectópica e sua incidência varia de 1:1.000 a 1:18.000 gestações, correspondendo a 0,1% de todas as gestações ectópicas (LINHARES, et al., 2006).

A gravidez ectópica cervical (GEC) é tida como localização excepcional, representa hoje, menos de 1% das gestações ectópicas (MUSIELLO et al., 2011). A incidência dessa gestação vem aumentando devido a novas formas de reprodução assistida e a disseminação de infecções genitais, principalmente por gonococo e clamídia (LINHARES et al., 2006).

Em 1953 Arthur Baptiste Junior fez a seguinte reflexão acerca da GEC: “A maioria dos grandes obstetras nunca viu um caso de gravidez cervical; no entanto, uma minoria que teve essa oportunidade, gostaria de jamais tê-la visto.” Esse comentário é válido até hoje (MUSIELLO, et al., 2011). Após a implantação do ovo, a mucosa cervical é invadida pelo trofoblasto que atinge a porção conjuntiva da cérvice, pois não há decíduação adequada. Esse se fixa no canal cervical distendendo-o, até que ocorram perdas sanguíneas devido à infiltração e ao seu descolamento (MUSIELLO et al., 2011).

A maioria das GEC termina em abortamento, pois o local é desfavorável para evolução. Mas, quando o ovo continua a crescer em direção ao canal endocervical, instalam-se edema, neovascularização, alterações necróticas e degenerativas, apresentada pela hemorragia (LINHARES et al., 2006). Caso essa gestação não seja diagnosticada e tratada na sua fase inicial podem se transformar em catastrófica emergência obstétrica coroada por hemorragia intensa (JUNIOR et al., 1999).



Artigo



FOTO 12: ULTRASSOM TRANSVAGINAL, MOSTRANDO O SACO GESTACIONAL COM PRESENÇA DE EMBRIÃO VIVO ABAIXO DO ORIFÍCIO INTERNO DO COLO UTERINO.

FONTE: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n10/a07v28n10.pdf>

FOTO 13: COLO UTERINO VISUALIZADO AO EXAME ESPECULAR, GUIADO POR COLPOSCOPIA, MOSTRANDO DETALHE MAGNIFICADO DA LESÃO QUE SE EXTERIORIZA PELO ORIFÍCIO EXTERNO. (GE).

FONTE: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n10/a07v28n10.pdf>

A gravidez ectópica ovariana ocorre quando o saco gestacional se implanta em um dos ovários, não chegando ao útero (REY e RAMÍREZ, 2015). Particularmente em Israel, há informações na literatura de que vem ocorrendo um aumento das gestações ectópicas ovarianas, tendo sido constatado 20 casos entre 1971 e 1989 contra 17 casos entre 1990 e 2000, representando 2,6% de todas as modalidades de gestações ectópicas (BIGOLIN et al., 2007).

A gestação ectópica ovariana é rara, sua incidência é 1 a cada 2.100-7.000 gestações. Que corresponde a uma incidência de 0,5-3% (1-4) de todas as gestações ectópicas (GONZALEZ, et al., 2012). Ressalte-se que a gestação ovariana pode resultar de alterações da função de captação ovular, presentes nas fimbrias tubárias, e/ou processos aderenciais e inflamatórios, que impedem a mobilização tubária e sua adaptação sobre a área ovariana em que ocorre a ruptura folicular (BIGOLIN et al., 2007).



Artigo

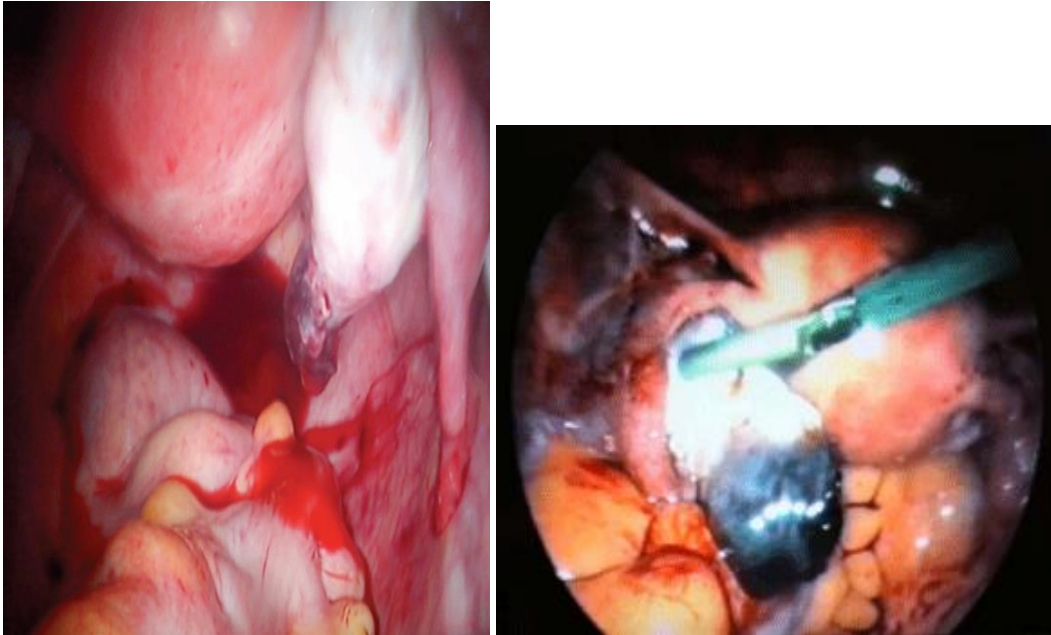


FIGURA 14: MASSA OVARIANA COM SANGRAMENTO ATIVO (GE OVARIANA)

FONTE: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n4/v66n4a08.pdf>

FIGURA 15: GE OVARIANA

FONTE:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07175262012000100010

[&lng=es&nrm=iso](#)

INCIDÊNCIA

A incidência da GE (gravidez ectópica) Segundo dados do *Centers for Disease Control and Prevention* (1995), passou de 0,37% em 1948 para 2% em 1992 de todas as gestações (ROCHA et al., 2013). Se tratando dos países desenvolvidos, essa incidência é de 1 a 2%, podendo chegar aos 4% entre pessoas em programas de reprodução medicamente assistida. As gestações fora do útero correspondem de 1 a 2% de todas as



Artigo

gravidezes e o diagnóstico normalmente costuma ser feito em torno das 8 semanas (PINHEIRO, 2016).

A incidência quanto a localização fica da seguinte forma: Na tuba 96 a 99% dos casos sendo a mais frequente, e destas mais de 70% se localizam na ampola ou infundíbulo, a ovariana (0,9%), abdominal (0,5%) e cervical (0,2%), e em cicatriz de cesárea (0,01%) (FILHO et al., 2013).

CAUSAS E FATORES DE RISCO

Várias são as causas e fatores de risco para GE durante a vida reprodutiva. Entre elas estão o uso de DIU e de citrato de clomifeno, cirurgia tubária anterior, doença inflamatória pélvica, infertilidade, aborto induzido, aderências pélvicas, cirurgias abdominais, malformações uterinas, miomas e contraceptivos de progestágenos (FERNANDES et al., 2004). Assim como: salpingites, alterações anatômicas, endometriose, tumorações justatubárias, alterações da motilidade tubária (em virtude de práticas contraceptivas), entre outras (ZUCCHI et al., 2004). Além de tumores que modificam a anatomia do referido órgão (MAIA et al., 2014).

Alguns fatores predisponentes são considerados para a nidacão cervical do ovo, entre eles estão: as anomalias anatômicas, leiomiomas, sinequias, intervenções cervicais prévias promovedoras de alterações da mucosa cervical, estenose cervical, fertilização *in vitro* e curetagem uterina (MUSIELLO et al., 2011). São citados também o número de cesáreas prévias, o intervalo curto entre a cesariana e a gestação subsequente, a indicação da cesárea anterior, uma ruptura endometrial prévia por curetagem uterina, miomectomia, metroplastia ou remoção manual da placenta (COUTINHO et al., 2014).

A etiologia da gravidez ectópica inclui além de outros fatores: Doença inflamatória pélvica, infertilidade, anomalias congênitas do útero, tabagismo, endometriose, exposição ao dietilestilbestrol. (ROCHA et al., 2013 Apud LIN et al., 2008). Os fatores de risco para gravidez ectópica são representados principalmente, pelas desordens mecânicas e/ou funcionais que impedem ou atrasam a passagem do embrião para a cavidade uterina (MAIA, et al., 2014).



Artigo

MORBIMORTALIDADE

Por volta do início do século XX a mortalidade por gravidez (GE) ectópica situava-se acima de 50%. Felizmente, com as atuais técnicas de diagnóstico e tratamento, a taxa de mortalidade da GE caiu para menos de 0,05% (PINHEIRO, 2016). A mortalidade diminuiu quase 90% entre os 1979 – 1992, mas ainda se configura como causa de mortalidade materna entre 9% e 14% das mulheres no primeiro trimestre gestacional (ROCHA et al., 2013).

Apesar da redução da mortalidade ao longo da última década, os países desenvolvidos ainda são responsáveis por 9% dessas mortes, e os países em desenvolvimento não existem medidas de prevalência nacionais / regionais dessa patologia (FILHO et al., 2013). Particularmente no Brasil, a maioria das mortes na GE se dá por hemorragias. O Estado de São Paulo entre os anos de 1991-1995 relatou que a taxa de mortalidade materna variou de 43,7 a 49,6 por 100.000 nascidos vivos (FERNANDES et al., 2004).

O percentual entre os tipos de gravidez ectópica, encontramos que a gravidez abdominal apresenta risco de mortalidade 7,7 vezes maior que a gestação tubária e 90% maior que a gestação intrauterina (HOLZHACKER, 2008). As estatísticas informam que em 2013, 1.567 mil mulheres morreram no Brasil por complicações ao dar à luz, durante ou após a gestação ou causadas por sua interrupção. De acordo com dados do Ministério da Saúde, o Brasil tem atualmente 62 casos a cada 100 mil nascimentos (CARNEIRO, 2015.). Note-se que o coeficiente de mortalidade materna é definido pela relação:

$$\text{CMM} = \frac{\text{n}^{\circ} \text{ de mortes maternas diretas e indiretas}}{\text{nascidos vivos (n.v.)}} \times 1.000 \text{ ou } 10.000$$

FISHER, Paul, Douglas, 2009

A meta estabelecida pela ONU em Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) era chegar a uma taxa de 35 mortes por 100 mil nascimentos. De 1990 para cá, a taxa caiu quase pela metade, mas a redução ainda não é o suficiente para que se consiga cumprir a meta (CARNEIRO, 2015).

SINTOMATOLOGIA

O quadro clínico da gravidez ectópica, apesar de ser inespecífico, é caracterizado por dor abdominal, atraso menstrual, sangramento vaginal, distensão abdominal, dor à



Artigo

mobilização do útero, abaulamento do fundo de saco, tumor anexial e até choque hipovolêmico (FILHO et al., 2013). Outros sinais iniciais mais comuns são: sangramento transvaginal indolor (39%) ou acompanhado de dor leve a moderada (16%) e queixa isolada de dor abdominal ocorrendo em 9% dos casos. Em 37% das portadoras, o quadro clínico é assintomático (COUTINHO et al., 2014). Ressalte-se que o exame clínico em mulheres estáveis é geralmente normal. A ocorrência de dor aguda intensa com sangramento abundante aponta para a iminência de ruptura, enquanto o colapso hemodinâmico indica fortemente o rompimento da GECC (COUTINHO et al., 2014p. 21). Entretanto, as principais queixas são aquelas relacionadas ao quadro de abdome agudo hemorrágico, como dor abdominal e sinais de choque hipovolêmico (MAIA et al., 2014).

Alguns sinais podem sugerir uma gestação abdominal como: Sangramento vaginal anormal, dor abdominal, movimentos fetais dolorosos, fácil palpação das partes fetais, náusea e vômito excessivos, evidência de restrição de crescimento intrauterino, oligoâmnio e falha de resposta à ocitocina ou prostaglandina (HOLZHACKER, 2008).

DIAGNÓSTICO

Apesar da ocorrência de GE poder limitar o futuro reprodutivo da mulher, o diagnóstico

precoce leva a tratamentos pouco invasivos, muitas vezes clínico ou cirúrgico conservador, com menor número de complicações e menor morbimortalidade (FERNANDES et al., 2004). O diagnóstico clínico é fundamentado no exame ginecológico para a GE cervical. Juntamente com a ultrassonografia (USG) e a ressonância magnética pode, com sucesso, fundamentar o diagnóstico. Há autores que também que consideram útil o uso de ultrassonografia tridimensional (MUSIELLO et al., 2011).

O diagnóstico para a GE tubária se dá através da realização de exames como o de dosagem sérica da fração Beta (β -hCG), a ultrassonografia transvaginal (USTV), além das condutas conservadoras como o emprego de medicações que evitam medidas invasivas (ROCHA et al., 2013 apud BERG et al., 2003). A dificuldade do diagnóstico da GE heterotópica é o fato destas mulheres serem submetidas à fertilização *in vitro*. Pois, a gestação tópica acaba por desviar a atenção do ultrassonografista para esta possibilidade. Na verdade, a gestação tópica mascara o diagnóstico de uma heterotópica (DONADIO et al., 2008).



Artigo

Na GE em cicatriz de cesárea, o exame clínico geralmente é normal. Utiliza-se a ultrassonografia endovaginal de alta resolução e do Doppler colorido em associação com testes de β -hCG sérico. Raramente RNM, histeroscopia e laparoscopia têm sido utilizados para confirmação diagnóstica (COUTINHO et al., 2014). O diagnóstico precoce de uma GE abdominal depende do alto índice de suspeita clínica e controle do pré – natal (RUIZ; ORTEGA, 2015). Ao toque combinado o profissional percebe, em algumas ocasiões o útero vazio, então o diagnóstico poderá ser firmado pela ultrassonografia (JUNIOR et al., 1994). A GE ovariana é diagnosticada dependendo da interpretação dos dados da anamnese, exame físico, sorologia, mas principalmente do exame de imagem a ecografia (BIGOLIN et al., 2007).

TRATAMENTO

Existem várias opções de tratamento conservador descritas na literatura para preservar a fertilidade das mulheres com esse diagnóstico de GE, embora ainda não se saiba qual a melhor modalidade de tratamento (YELA; MARCHIANI, 2013). Com novas técnicas modernas de diagnóstico precoce, a GE vem sendo diagnosticada em idades gestacionais cada vez mais precoces, permitindo um tratamento conservador e permanência da fertilidade da paciente (LINHARES et al., 2006). Dentre as várias formas de tratamento conservador encontramos a administração local ou sistêmica de metotrexato, curetagem uterina, histeroscopia, laparoscopia ou laparotomia para retirada do tecido ectópico e embolização de artéria uterina (YELA; MARCHIANI, 2013).

Para o tratamento clínico, a administração de metotrexate tem tido excelentes resultados, sendo utilizado para casos onde o saco gestacional íntegro possui tamanho de até 3 cm e os batimentos do embrião estão ausentes, ou seja, nos casos de diagnóstico precoce. (FERNANDES et al., 2004).

O metotrexate é a alternativa ideal para as pacientes com nível sérico de β -HCG inferior a 5.000 mUI/mL, com GE íntegra e hemodinamicamente estável (ARRUDA et al., 2008). Entre a extensa lista publicada de abordagens terapêuticas empregadas de forma isolada ou conjunta, encontramos: MTX, histeroscopia, laparoscopia, embolização de artérias uterinas e curetagem uterina (COUTINHO et al., 2014).

A administração local de MTX, cloreto de potássio e solução hiperosmolar, via abdominal ou transvaginal e guiada por USG, também obteve resultados satisfatórios (ARRUDA et al., 2008).



Artigo

Mas nos casos de embrião vivo são mais desafiadores, onde MTX desempenha papel importante na terapêutica medicamentosa (MUSIELLO et al., 2011). A literatura fala sobre o tratamento da gravidez ectópica, mostrando que a resolução definitiva está na associação da conduta cirúrgica e doses múltiplas de metotrexate (indica-se quatro injeções endovenosas de metotrexate 1mg/Kg e quatro intramuscular) (BIGOLIN et al., 2007). Outra forma de tratamento é a laparoscopia, mas em muitos de nossos serviços é difícil de realizá-la prontamente em todos os casos (FERNANDES et al., 2004).

A Laparotomia com ressecção de todo o tecido trofoblástico é utilizada em pacientes que o tratamento medicamentoso não teve efeitos positivos e das quais o diagnóstico foi muito tardio. (ARRUDA et al., 2008). A curetagem uterina na GECC não deve ser indicada como tratamento em função da elevada taxa de insucesso na remoção do tecido trofoblástico e da alta frequência de complicações graves (ARRUDA et al., 2008). A curetagem uterina é uma técnica bastante utilizada e indicada na GE, muitas vezes associada a outros tratamentos como o MTX.

Se persistir a dor abdominal e sangramento abundante após o tratamento medicamentoso e finalização da gestação, é indicado a aspiração cirúrgica do conteúdo trofoblástico guiado por ultrassonografia, que evita, muitas vezes, a laparotomia e a histerectomia. (ARRUDA, et al., 2008).

Como outras formas de tratamento, podemos citar: quimioterapia com MTX, prostaglandinas, ressecção histeroscópica, ligadura de artérias hipogástricas, embolização arterial e cerclagem cervical (LINHARES et al., 2006).

O atraso no diagnóstico, além de demandar o tratamento cirúrgico e retirada do órgão aumenta o período de internação e as complicações elevam a morbidade e a mortalidade. (FERNANDES, et al., 2004). Atualmente as técnicas cirúrgicas (ligadura de artérias hipogástricas, histerectomia, histeroscopia e curetagem) são aplicadas quando a quimioterapia falha ou em situações de emergência como hemorragias (LINHARES et al., 2006). A histerectomia foi citada em pelo menos 13 casos até novembro de 2006, tanto como primeira opção terapêutica como por insucesso de outras modalidades terapêuticas (ARRUDA, et al., 2008). “Por muitos anos a histerectomia foi o tratamento de escolha, utilizado para controlar a hemorragia e salvar a vida da paciente”. (LINHARES et al., 2006, p.609).



Artigo

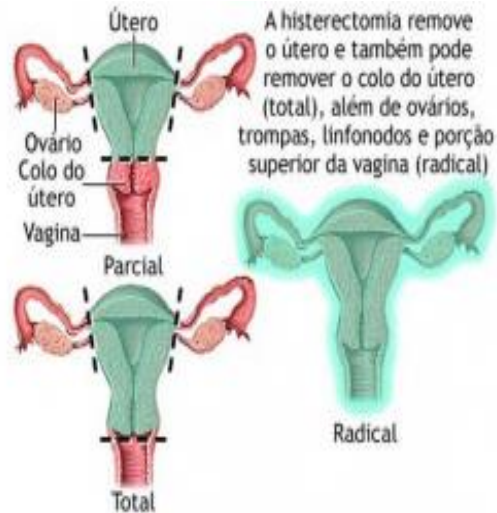
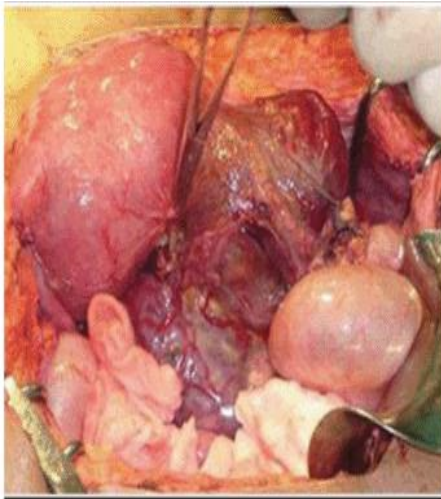


FIGURA 16: LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA

FONTE: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000500008

FIGURA 17: TIPOS DE HISTERECTOMIA

FONTE: <http://www.naoconsigoengravidar.com/histerectomia-parcial/>

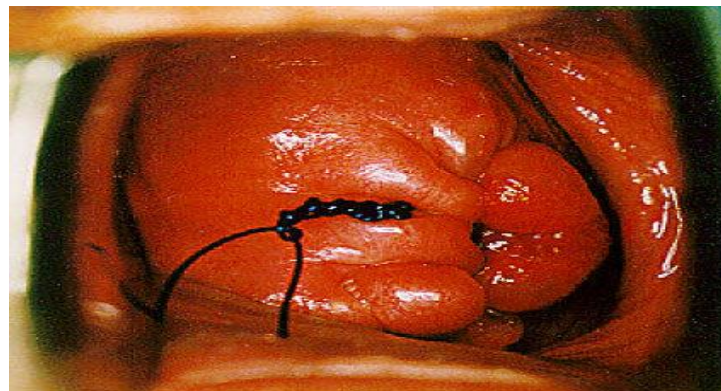


FIGURA 18: CIRCLAGEM UTERINA

FONTE: http://www.cerclagem.com.br/relato_de_caso_14.html



Artigo

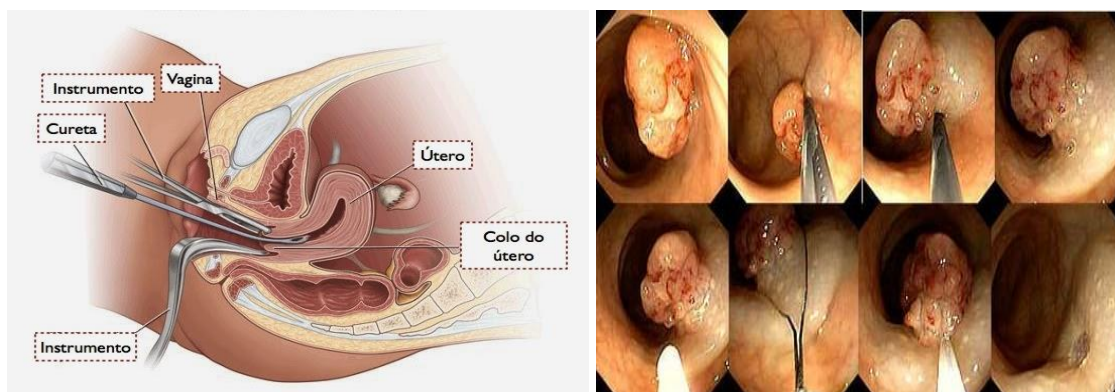


FIGURA 19 E 20: CURETAGEM UTERINA

FONTE: <http://guiasaudero.com.br/noticias.asp?cd=4536>

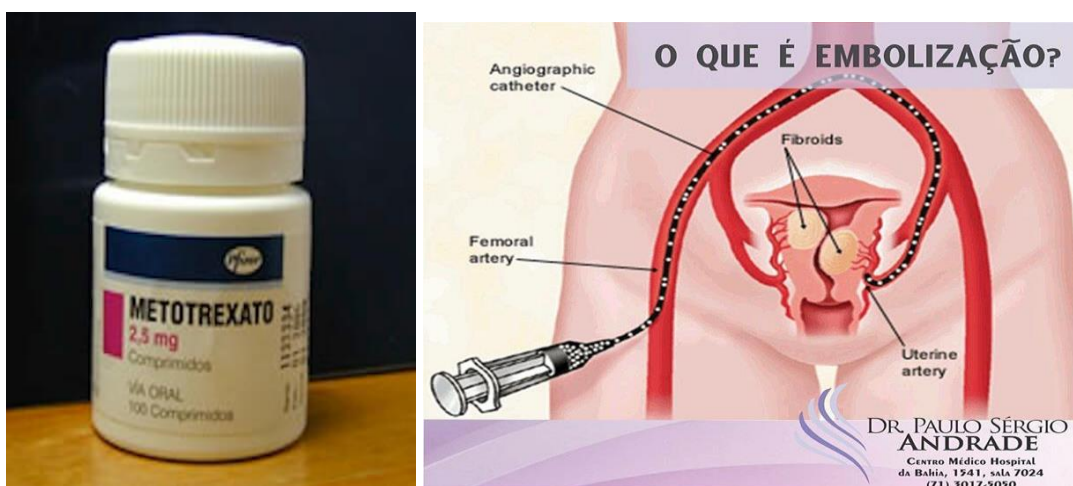


FIGURA 26: MTX

FONTE: <https://i0.wp.com/www.saudeparavida.com.br/wp-content/uploads/2017/02/Metotrexato-bula-tratamento-artrite-reumatoide-1.jpg>

FIGURA 27: EMBOLIZAÇÃO DA ARTÉRIA UTERINA

FONTE: http://www.imgrum.org/media/1249501583230964564_3182334419



Artigo

COMPLICAÇÕES

As principais complicações na GE abdominal incluem dor abdominal, ruptura do saco gestacional com hemorragia para a cavidade peritoneal, sangramento vaginal, apresentação anômala, insuficiência placentária e óbito fetal (HOLZHACKER, 2008). Além dessas também encontramos a infecção, a anemia, hipofibrinogenemia, a obstrução intestinal, a embolia amniótica e até mesmo a formação de fístula âmnio-intestinal (SANTOS, et al., 1999).

Na GE em cicatriz de cesárea evidenciamos complicações como: ruptura uterina, hemorragia grave, coagulação intravascular disseminada, histerectomia e elevada morbimortalidade materna (COUTINHO, et al., 2014). O diagnóstico tardio, além de tratamento mais invasivo, tem evolução com maior frequência de complicações (FERNANDES et al., 2004). Caso haja a evolução natural da GECC pode resultar em abortamento espontâneo, devido à perda do seu suprimento vascular, ou no aprofundamento da invasão do miométrio no segmento inferior e de órgãos vizinhos, ao expandir as suas conexões vasculares (COUTINHO, et al., 2014).

As complicações da GE tubária podem evoluir com hemorragias profusas, perda da fertilidade com histerectomia, lesões no trato urinário e em alguns casos podem resultar em morte (JUNIOR et al., 1999). Na GE ovariana pode ocorrer a ooforectomia, quando o volume de tecido ectópico for extenso ou ocorrer dificuldade técnica (tecido ectópico aderido ao estroma ovariano, friabilidade do estroma ovariano, hemorragia de difícil controle) para extrair completamente o saco gestacional (BIGOLIN et al., 2007). Para a GE cervical a principal complicação é a Infertilidade em mulheres que tiveram este tipo de gravidez, devido a necessidade de histerectomia (MUSIELLO et al., 2011).

Se tratando da GE hipertrófica, as complicações não diferem tanto das outras GE pois, vão depender do sítio de implantação da GE, mas com a demora no diagnóstico prejudica a gravidez tópica em curso (DONADIO, et al., 2008). Além disso, ocorrem também complicações intraoperatórias: lesão inadvertida de alça, necessidade de traqueostomia por reação a drogas utilizadas, sangramento no pós-operatório, quadro grave de choque e morte (FERNANDES et al., 2004).

A Infertilidade é outra complicação da GE, ocorrendo em 10% a 15% das mulheres que tiveram este tipo de gravidez (FONTES, 2008). É impossível impedir uma gravidez ectópica de acontecer, mas podem-se evitar alguns fatores de risco como: limitar o número de parceiros sexuais, usar um preservativo quando tiver relações sexuais para ajudar a prevenir DST e reduzir o risco de doença inflamatória pélvica (LOPES, 2017).



Artigo

REABILITAÇÃO

A reabilitação de uma mulher que passou por essa experiência de gestação ectópica é muito complicada, pois não é apenas os aspectos físicos que precisa ser reparado mas, também os aspectos psicossociais. A partir da experiência da perda de uma gestação, conscientemente desejada, as alterações já ocorridas na identidade da mulher podem levar à sensação de fracasso pessoal, portanto, de culpa (ROCHA et al., 2013 Apud BENUTE et al., 2006). Na reabilitação física, a mulher deve manter um repouso por um certo tempo determinado pelo médico, mas assim que possível deve: Fazer exercícios, alimentação saudável sem restrições e as relações sexuais após 45 dias ou segundo orientações médicas (NATHALIA, 2017).

Após histerectomia os cuidados com curativos, esforço físico após 3 meses, realizar Papanicolau e dependendo do tipo de cirurgia deve ser realizado a reposição hormonal (NATALIA, 2017). A reabilitação psicológica deve ser realizada com acompanhamento de profissionais capacitados para diminuir o trauma deixado pela perda do filho e possivelmente perda do órgão reprodutivo feminino. As mulheres submetidas a histerectomia podem apresentar desequilíbrio psicológico, pois trata-se da remoção do órgão que representa sua feminilidade, por ter o papel de reprodutor. Podendo afetar a sua autoestima, o seu relacionamento sexual e conjugal e a sua recuperação (NATALIA, 2017).

Nem todas as mulheres que tiveram gravidez ectópica perderam o útero ou o filho, existem raros casos de sobrevivência do conceito e com o diagnóstico precoce, hoje dá para se evitar a histerectomia. Mas, em todos os casos é uma gravidez de risco imenso que leva a gestante a um alto nível de estresse, ansiedade e nervosismo. Daí a importância do parceiro neste momento que seja muito compreensivo com essa situação, e que ela busque também o apoio de um psicólogo principalmente no processo pré e pós-operatório (NATALIA, 2017).

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A gravidez ectópica vem aumentando nos dias atuais devido a vários fatores,consequentemente tem se encontrado mais relatos de caso acerca do assunto.

Realizar um trabalho sobre GE não é fácil devido a escassez de material bibliográfico e as produções científicas relacionadas a esse tema são poucas. Portanto,



Artigo

tais limitações aumentam o interesse em produzir algo que privilegie aspectos emocionais vinculados à GE que colabore para o cenário acadêmico (ROCHA et al., 2013).

O profissional de enfermagem tem um papel importantíssimo neste caso, pois a mesma deve conhecer bem o assunto para poder ajudar as gestantes que chegam ao serviço de saúde com tal problema. Essa ajuda deve abordar tanto os aspectos físicos como psicológicos da mulher em questão.

Fantasia podem ser erguidas ou destroçadas diante de um real doloroso – a gestação ectópica –, que rompe com uma imagem ideal para uma realidade angustiante que vem a cessar, muitas vezes, planos e sonhos (ROCHA et al., 2013).

A assistência de enfermagem durante o período operatório da histerectomia baseiam-se em:

Avaliação, anamnese, verificar exames solicitados, sinais vitais, alergias, jejum, remoção de pertences, acessos, fornecer informações a paciente, prevenção de infecções, contagem e preparo de materiais durante a cirurgia, manutenção da temperatura corporal, cuidados com mudança de decúbito no pós, e verificação do sangramento e dor, além de aspectos psicossociais, dentre outras (GOMES e ROMANEK, 2013). Sendo assim, um dos primeiros pontos a estar contido no plano de assistência de enfermagem é a retirada de dúvidas que possam existir, e sempre existem (SMELTZER; BARE, 2006).

Ao abordar as questões psicossociais, o enfermeiro deve ser capaz de ajudar com os aspectos passíveis de reparo, como: imagem corporal alterada, encaminhar a grupos e programas de apoio, se o problema for de aspecto financeiro, garantir assistência e medicamentos, garantir também que os programas de instituições comunitárias sejam completados de modo oportuno, e encaminhar para a assistente social em caso de necessidades complexas (GOVINDAN; ARQUETTE, 2004).

O profissional de enfermagem pode escolher as estratégias de ensino (conversas, demonstração, dramatizações, materiais virtuais) apropriadas ao estilo de aprendizagem individual de cada um, negociar as metas de aprendizagem, estabelecer um clima de confiança e respeito mútuos, ensinar as habilidades que se precisa incorporar ao seu estilo de vida diário e finalizar com a avaliação onde deve se demonstrado os ensinamentos de saúde recém aprendidos (SPARKS; TAYLOR; DYER, 2000). Outro aspecto importante, é que o profissional de saúde deve também passar da forma mais fácil possível informações de como conhecer o seu próprio corpo, pois a partir do momento que conhecemos nosso corpo, quando há algo de errado, sabemos perfeitamente detectar e então procurar um profissional da saúde para descobrir o que está acontecendo.

Percebemos então que a enfermagem encontra-se numa posição singular para intervir junto as necessidades sexuais das mulheres que tiveram gravidez ectópica, de



Artigo

maneira a implementar uma assistência de qualidade voltada para os aspectos físicos e psicológicos.

Portanto, o enfermeiro deve ser capaz de identificar a gravidez ectópica e orientar as gestantes a cerca da problemática, perceber os sentimentos destas mulheres e intervir na tentativa de ajudá-las a alcançar um maior nível de adaptação, recuperar o equilíbrio e permitir seu crescimento emocional.

IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO DA GESTANTE SOBRE A GRAVIDEZ ECTÓPICA

A gestante chega ao serviço de saúde para iniciar seu pré-natal muitas vezes com a gravidez em curso avançado, ou com sintomatologia diferenciada da gravidez anterior. É aí que a equipe de enfermagem inicia os cuidados com essa mulher que nem imagina o risco que está correndo com uma gravidez ectópica em curso. Após iniciar o pré-natal e receber os exames solicitados a enfermeira detecta o problema da GE e inicia a atenção diferenciada juntamente com a equipe multiprofissional qualificada para tal situação. Neste momento, juntamente com a equipe de saúde, deve-se passar todas as informações cabíveis sobre o fato a família, não somente a gestante. Esta deve saber todo risco que corre e o que significa tal situação. Para que se possam tomar medidas cabíveis e de carácter de urgência para salvar a mãe.

Note-se que o título quase que sagrado de mãe é modificado, então, para o de paciente, agora sujeita a riscos – ironicamente – pela própria condição da maternidade (ROCHA et al., 2013).

Então tudo muda na cabeça da gestante neste momento, a iminente perda de um filho, de um órgão que gera vida, a infertilidade, o risco de vida que está correndo, o processo cirúrgico, dentre outros pensamentos que a deixa emocionalmente abalada. Sendo assim, o limiar entre o desejo, expectativas, fantasias e as frustrações é tênue e emoldurado por um estado de vulnerabilidade emocional que pode conferir, diante de alterações gestacionais ou de um diagnóstico não favorável, de um momento sublime para a configuração de uma crise. (ROCHA et al., 2013).

Diante disso verificamos que, quanto antes esta mulher procurar os serviços de saúde para iniciar o seu acompanhamento pré-natal, maiores são as chances de resolução desta gravidez sem grandes danos na vida da gestante. Podendo evitar a histerectomia preservando sua vida fértil, diminuindo os danos psicológicos e fisiológicos. A equipe de saúde em especial a de enfermagem, tem o papel fundamental neste processo de



Artigo

manutenção da vida desta gestante com GE em curso. Pois com o diagnóstico precoce, orientações adequadas e acompanhamento minucioso do caso vai contribuir para a diminuição de sequelas psicológicas e óbito materno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após todo levantamento realizado na literatura acerca do tema gravidez ectópica e a assistência de enfermagem, notou-se a importância do estudo para diminuir os óbitos maternos causados por tal condição gestacional, bem como a relevância de um diagnóstico precoce e assistência de uma equipe de saúde qualificada, com ênfase na enfermagem, para atender e orientar estas gestantes em tempo hábil.

Sabendo que, a gravidez ectópica é um problema que surge quando o óvulo fecundado implanta-se de forma equivocada em outras estruturas que não o útero. (PINHEIRO, P., 2016).

Esta condição de implantação indevida do óvulo causa sérios riscos de vida para a gestante, que não pode gerar um filho fora do útero. Com toda essa problemática na qual a gestante passa a enfrentar, a leva a refletir sobre tal situação onde deixa o sonho e expectativa de um novo filho para encarar a realidade da morte do ser amado e esperado, também pensa em perder o útero e não poder ter mais filhos e na sua própria vida que está em risco, pois a mesma pode vir a óbito devido a tal condição. Tudo isso, gera um turbilhão na cabeça da gestante podendo a mesma vir a apresentar distúrbios psicológicos sérios.

O profissional que acompanha esta gestante deve ter amplo conhecimento das alterações fisiológicas e psicológicas induzidas pela gravidez ou histerectomia, estando apto a detectar precocemente alterações que possam comprometer a recuperação desta, comunicando e discutindo o quadro clínico com a equipe multidisciplinar, para que ações imediatas possam ser tomadas, procurando assim, uma melhor condição de vida e saúde possíveis para a mesma. Outro aspecto importante é que a enfermagem deve também transmitir da forma mais fácil possível para a paciente, família e esposo, informações, de como conhecer o seu próprio corpo e como lidar com suas limitações. A partir do momento que conhecemos nosso corpo e aceitamos nossos limites, saberemos perfeitamente detectar quando existe algo de errado e quando a procura do médico se torna necessária.

Nesse contexto, observa-se que a prática da enfermagem deve ser baseada numa perspectiva humanística, criativa e reflexiva, não centrada apenas em diagnósticos e



Artigo

procedimentos de ordem técnica, mas essencialmente voltada para as necessidades da paciente, levando sempre em consideração seus sentimentos e dificuldades. Sendo assim, se faz necessário a preparação dos enfermeiros e da própria gestante com relação ao tratamento direcionado a cada caso, para que se possa então abordar de uma forma mais adequada esta questão, sem causar grandes sequelas a mulher com gravidez ectópica. Este trabalho requer ações de uma equipe multidisciplinar, em que as dificuldades são canalizadas ao profissional adequado, aliviando angústias e maximizando os sucessos.

Entre os profissionais de saúde, a enfermagem é um dos elementos que atuam de modo mais constante e mais próximo das pacientes. A atuação do profissional como educador e facilitador da adaptação da paciente torna-se indispensável, pois o mesmo é responsável pela conscientização do seu autocuidado, a informando a cerca dos cuidados necessários em sua reabilitação em seu dia-a-dia.

Portanto, o enfermeiro deve ser capaz de identificar no pré-natal precocemente tal gravidez de risco, orientar a gestante para que a mesma possa saber todos os riscos que corre, os possíveis procedimentos que venha a passar e tratamento correto e rápido para assim, tentar reduzir os óbitos maternos. Perceber também os sentimentos destas gestantes e intervir na tentativa de ajudá-las a alcançar um maior nível de adaptação, recuperar o equilíbrio e permitir seu amadurecimento emocional.

Tendo em vista a importância da discussão sobre a gravidez ectópica por ser uma condição gestacional de grande relevância para a saúde pública na atualidade, a enfermagem deve se preparar para prestar uma assistência de qualidade à mulher com esta gravidez. Deve também, conhecer as principais alternativas terapêuticas (MTX, curetagem e histerectomia), pois através desses conhecimentos, o enfermeiro (a) poderá assistir a paciente e a família de acordo com seu estado físico e psicológico.

O presente estudo se propôs a ampliar meus conhecimentos acerca do tema abordado, pois passei por essa mesma situação de GE em cicatriz de cesárea, além de contribuir como subsídio literário para outros profissionais ou acadêmicos, que vivenciam/vivenciarão o cuidado a cliente com este tipo de gravidez. Neste sentido, O conhecimento aprofundado e a atualização por parte dos profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, é de grande relevância, considerando-se as diversidades culturais e a participação no tratamento e prevenção, contribuindo, dessa forma, para a implementação de uma assistência terapêutica, qualificada e humanizada.

Diante disso, vale ressaltar que esta monografia correspondeu ao objetivo do estudo, bem como ofereceu a oportunidade de conhecer os aspectos relativos à GE e suas principais formas de tratamento, além de mostrar como a enfermagem deve agir diante de tal situação, detectando precocemente, promovendo assim uma assistência qualificada,



Artigo

onde se aborda a paciente nos seus aspectos físicos e psíquicos, favorecendo uma melhor qualidade de vida e saúde.

REFERÊNCIAS

AMARAL, J.. **Guia de emoções na gravidez: como lidar com os sentimentos que surgem em cada trimestre**. 2016. Disponível em: <http://bebe.abril.com.br/gravidez/guia-de-emocoes-na-gravidez-como-lidar-com-os-sentimentos-que-surgem-em-cada-trimestre> Acesso em: 23/03/2017.

ARRUDA, et al.. **Gravidez ectópica na cicatriz uterina de cesárea: relato de caso**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol. 30, nº10. Rio de Janeiro. Out. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008001000007 Acesso em: 27/03/2017.

BIGOLIN, S. et al.. **Gravidez ovariana íntegra: tratamento cirúrgico videolaparoscópico**. Rev. Col. Bras. Cir. vol. 34, nº2. Rio de Janeiro. Mar./Abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912007000200015 Acesso em: 27/03/2017.

CARNEIRO, J. D.. **Mortalidade materna cai no Brasil, mas não atingirá meta da ONU**. 2015. Disponível em: http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/03/150306_mortalidade_materna_jc_ru Acesso em: 29/03/2017.

COIMBRA, I.. **A gravidez passo a passo**. 2016. Disponível em: <http://www.vidaativa.pt/a/gravidez-passo-a-passo/> Acesso em: 18/04/2017.

COUTINHO, T., et al.. **Gravidez ectópica em cicatriz de cesárea: uma complicação emergente**. Rev. Femina, vol. 42, nº 1. Janeiro/Fevereiro 2014. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n1/a4809.pdf>. Acesso em: 27/03/2017.

DONADIO, N. F., et al.. **Gestação heterotópica: possibilidade diagnóstica após fertilização *in vitro*. A propósito de um caso**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.30, nº9. Rio de Janeiro, Set. 2008. Disponível em:



Artigo

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032008000900007 Acesso em: 26/03/2017.

FERNANDES, A. M. D. S., et al.. **Prevalência de gestação ectópica de tratamento Cirúrgico em hospital público de 1995-2000.** Rev. Assoc. Med. Bras. vol.50, nº4. São Paulo Out./Dec. 2004. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000400032. Acesso em: 28/03/2017.

FILHO, M. L. S., et al.. **Gravidez ectópica cornual: relato de caso.** 2013. Disponível em: <https://bdt.d.uceb.br/index.php/rmsbr/article/viewFile/4078/2669> Acesso em: 24/03/2017.

FISHER, P. D.. **Apostila: Indicadores de Mortalidade. 2009.** Disponível em: https://chasqueweb.ufrgs.br/~paul.fisher/apostilas/indicadores/calculo/c_mortalidade.html Acesso em: 29/03/2017.

FONTES, H. A. F.. **Gravidez ectópica e tubária.** 2008. Disponível em: <http://www.copacabanarunners.net/gravidez-ectopica.html> Acesso em: 26/03/2017.

GOMES, I. M. e ROMANEK, F. A. R. M.. **Enfermagem perioperatória: cuidados à mulher submetida à histerectomia.** Revista Recien. vol.3, nº8, p.18-24. São Paulo 2013. Disponível em: <http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/53/151>. Acesso em: 05/04/2017.

GONZALEZ, B. C., et al.. **Embarazo ectópico ovárico: experiencia en 10 años del Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.** Rev. chil. obstet. ginecol. vol. 77, nº 1, p. 50-54. Santiago 2012. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000100010&lng=es&nrm=iso Acesso em: 27/03/2017.

GOVIDAN, R. W. e ARQUETTE, M. A.. **Washington Manual de Oncologia.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

Histerectomia Parcial ou Subtotal: Pode Engravidar? 2017. Disponível em: <http://www.naoconsigoengravidar.com/histerectomia-parcial/> Acesso em: 05/04/2017.



Artigo

HOLZHACKER, S. et al.. **Gravidez abdominal intraligamentar avançada - relato de caso.** Rev. Assoc. Med. Bras. vol.54, nº5. São Paulo. Set./Out. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000500008 Acesso em: 29/03/2017.

JUNIO, J. E., et al.. Gravidez ectópica cervical com embrião vivo: Relato de quatro casos. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.21, nº6. Rio de Janeiro Jul. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72031999000600008 Acesso em: 27/03/2017.

JUNIOR, A. et al.. **Gravidez abdominal avançada com feto vivo: diagnóstico ecográfico e evolução perinatal.** Rev. bras. ginecol. obstet. Vol.16, nº1, p.43-8. Jan./fev. 1994. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgiin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=161207&indexSearch=ID> Acesso em: 27/03/2017.

LIMA, T. D. C. e OLIVEIRA, T.. Heterotopic Pregnancy - urgent ultrasonographic diagnosis. Rev. Obstet. Ginecol. Port. vol.10, nº2. Coimbra, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-58302016000200012 Acesso em: 10/04/2017.

LINHARES, J. J., et al.. **Tratamento de gestação cervical viável com aplicação intra-amniótica de metotrexato: relato de um caso.** 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n10/a07v28n10.pdf> Acesso em: 27/03/2017.

LOPES, V.. **Gravidez ectópica: sintomas, tratamentos e causas.** 2017. Disponível em: <http://www.minhavidacom.br/saude/temas/gravidez-ectopica> Acesso em: 04/04/2017.

LOUREDO, P.. **A gravidez e seus acontecimentos.** 2017. Disponível em: <http://brasilescola.uol.com.br/biologia/gravidez.htm> Acesso em: 24/03/2017.



Artigo

MAIA, B. T., et al.. **Gestação heterotópica após concepção espontânea: relato de caso.** 2014. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd193/gestacao-heterotopica-apos-concepcao-espontanea.htm> Acesso em: 26/03/2017.

MORENO, E. D. A.. **Cerclagem e aborto tardio.** 2010. Disponível em: http://www.cerclagem.com.br/relato_de_caso_14.html Acesso em: 10/04/2017.

MUSIELLO, R. B., et al.. **Gravidez ectópica cervical com embrião vivo: o uso do metotrexato é eficiente?** Rev. Femina vol. 39, nº 4. Abril 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2011/v39n4/a2483.pdf> Acesso em: 27/03/2017.

NATHALIA. **O que é Histerectomia (total, abdominal, parcial), cirurgia, engorda?** Disponível em: <https://consultaremedios.com.br/crsaude/o-que-e-histerectomia-total-abdominal-parcial-cirurgia-engorda/problemas-de-saude/sua-saude> Acesso em: 05/04/2017.

OPPLIGER, F. B., et al.. **Embarazo ectópico tardío post histerectomia.** Ver. Chil. Cir. vol.66, nº2. Santiago, abr. 2014. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000200004 Acesso em: 29/03/2017.

PINHEIRO, P.. **Gravidez ectópica – sintomas, fatores de risco e tratamento.** 2016. Disponível em: <http://www.mdsaude.com/2013/10/gravidez-ectopica.html> Acesso em: 24/03/2017.

PRESTES, Maria Luci de Mesquita. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia.** 5 ed. São Paulo: RESPEL, 2016.

REY, F. A. G. MD1 e RAMÍREZ, C. A. T. MD2. **Embarazo ectópico ovárico: reporte de caso y revisión de la literatura.** Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 66, nº4, p.306-311. Oct ./Dec. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n4/v66n4a08.pdf> Acesso em: 27/03/2017.

ROCHA, G. H. D. S. et al.. **Gestação ectópica: compreensão e crenças a respeito do diagnóstico, tratamento e suas repercussões.** Psicol. hosp. (São Paulo), São



Artigo

Paulo, v.11, nº 2, p. 02-26, jul. 2013. Disponível em:
http://pepsic.bv00000salud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092013000200002&lng=pt&nrm=iso Acesso em 23 /03/ 2017.

RUIZ, O. M. e ORTEGA, R. G.. **Embarazo ectópico abdominal: caso reportado en Ambato (Ecuador)**. 2015. Disponível em:
http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2015_III/Art13_Vol15_N3.pdf
Acesso em: 27/03/2017.

SANTOS, L. C., et al..Gravidez abdominal a termo com feto vivo: Relato de caso. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol.21, nº10. Rio de Janeiro, Nov./Dec. 1999. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72031999001000009. Acesso em: 27/03/2017.

SEDICIAS,S.. **Como acontece a fecundação**. 2016. Disponível em:
<https://www.tuasaude.com/como-acontece-a-fecundacao/>Acesso em: 18/04/2017.

SEDICIAS,S..**Forte dor abdominal e sangramento podem indicar gravidez ectópica**. 2017. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/sintomas-de-gravidez-ectopica/>Acesso em: 14/03/2017.

SEDICIAS, S.. **Principais causas e tratamentos para gravidez ectópica**. 2017. Disponível em: <https://www.tuasaude.com/gravidez-ectopica/> Acesso em: 14/03/2017.

SMELTZER, C. S. e BARE, G. B.. **Brunner & Suddarth:Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Vol. 3, 2006.

SPARKS, S. M.; TAYLOR, C. M. e DYER, J. G..**Diagnóstico de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso, 2000.

YELA, D. A. e MARCHIANI, N.. **Sucesso no tratamento conservador da gravidez ectópica em cicatriz de cesárea**. Rev. Reprod. Clim. vol. 28 nº 1. 2013. Disponível em: <http://recli.elsevier.es/pt/sucesso-no-tratamentoconservadora/articulo/S1413208713000149/>Acesso em: 27/03/2017.



Temas em Saúde

Volume 18, Número 1

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

ZUCCHI, R. M., et al..Gravidez ectópica após uso de contracepção de emergência: Relato de caso. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. vol. 26, nº9. Rio de Janeiro, out. 2004.Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032004000900011Acesso em: 24/03/2017.



GRAVIDEZ ECTÓPICA: REFLEXÕES ACERCA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Páginas 111 a 142

Artigo

INFLUÊNCIA DO ESTILO DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA NOS EXAMES DE SANGUE

INFLUENCE OF LIFESTYLE AND QUALITY OF LIFE ON BLOOD TESTS.

Monica Karla Vojta Miranda¹
Elias Ferreira Porto ²
Anselmo Cordeiro de Souza³

RESUMO - Objetivou avaliar o estilo de vida e qualidade de vida de trabalhadores de saúde de uma Unidade de Terapia Intensiva e suas correlações com os resultados dos exames de sangue. Trata-se de um estudo transversal realizado com 72 profissionais de saúde, atuantes na UTI do Hospital Regional do Município de Santarém. Os dados foram coletados por meio dos questionários Perfil do Estilo de Vida Individual, Questionário Estilo de Vida Fantástico, WHOQOL-breve e um questionário sócio demográfico criado pelos autores. Realizaram-se exame de sangue para quantificação do colesterol total e

¹ Mestre em Promoção da Saúde pelo Centro Adventista de São Paulo. Mestre em Gestão de Empresas/Saúde pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Especialista em Urgência e Emergência (Faculdade Integrada Brasil Amazônia), em Enfermagem em Nefrologia (Universidade Geraldo Di Biasi), em Saúde da Família (Escola de Saúde Pública do Ceará) em Gestão de Empresas (Faculdade de Ciências Sociais e Aplicadas de Marabá). Graduação em Enfermagem (2004). Docente da Universidade do Estado do Pará (UEPA) no curso de Graduação em Enfermagem. E-mail: monicavojta@hotmail.com

² Fisioterapeuta pela Universidade de Guarulhos, especialização em Fisioterapia Cardiorrespiratória pelo Instituto do Coração - INCOR - USP e Mestrado em Reabilitação Pulmonar pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Doutor em Ciências da Saúde (Departamento de medicina translacional) pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. Docente no Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP, no curso de Fisioterapia e Mestrado em Promoção da Saúde. E-mail: eliasfporto@gmail.com.

³ Licenciado em Pedagogia pela Faculdade da Aldeia de Carapicuíba - FALC, Bacharel em Teologia pelo Seminário Adventista Latino Americano de Teologia - SALT, Especialista em Gestão de Pessoas por competências e Mestrando em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP. E-mail: anselmo.vivamelhor@hotmail.com



Artigo

fracionado, hemograma completo, triglicerídeos e glicemia. Não foi encontrada forte associação entre estilo de vida e os exames de sangue. Os indivíduos com maior pontuação no questionário Fantástico tinham menor colesterol total ($p < 0,05$). Para os indivíduos com menor pontuação no Perfil do Estilo de Vida Individual foi maior os triglicerídeos ($p < 0,05$) especialmente nos componentes atividade física, nutrição e comportamento preventivo. Indivíduos com mais tempo na profissão, apresentaram baixo HDL e colesterol total. Para os triglicerídeos apenas a variável atividade física do questionário Fantásticos e mostrou determinativa ($r^2 = 0,29$) ($p = 0,02$). Para colesterol total foi a variável atividade física do questionário Perfil do Estilo de Vida Individual que se mostrou determinativa ($r^2 = 0,28$) ($p = 0,02$) e ($r^2 = 0,28$) ($p = 0,01$). Os componentes nutrição, controle de estresse, sono e controle social apresentaram probabilidade maior do que 80% para explicar alterações dos triglicerídeos. **Conclusão:** Os valores do colesterol total, triglicerídeos, HDL são influenciados principalmente pela atividade física, nutrição, controle de estresse, sono, controle social. Entretanto somente a componente atividade física esteve como um fator determinante. Todas as correlações entre estilo de vida em exames de sangue foram fracas.

Palavras Chaves: Estilo de vida; Qualidade de Vida; Testes Hematológicos.

ABSTRACT - Lifestyle is a comprehensive subject that has a daring character due to the magnitude of its influence on the quality of the population's health. Specifically, workers from Intensive Care Units (ICU) have a higher prevalence of chronic non-communicable diseases, the latter also being called "lifestyle diseases". **Objective:** To evaluate the lifestyle of health workers of an Intensive Care Unit and its correlations with blood tests. This is a cross-sectional study carried out with 72 health professionals working at the ICU of the Regional Hospital of the Municipality of Santarém. Data were collected through lifestyle assessment questionnaires, namely the Nahas Individual Lifestyle Profile scale and the Fantastic Lifestyle questionnaire; A WHOQOL-Brief Quality of Life Questionnaire and a socio-demographic questionnaire created by the authors. All participants underwent blood tests for quantification of total and fractionated cholesterol, complete blood count, triglycerides, fasting glycemia, Transaminase Glucan Oxalacetic (TGO) or Aspartate Aminotransferase (AST), Pyruvic Glutamic Transaminase (TGP) or Alanine Aminotransferase (ALP). Checked blood pressure. **Results:** In general, most of these individuals have a lifestyle that needs some adjustments, as seen by the scores of both questionnaires applied on lifestyle and quality of life. For the Nahas questionnaire



Artigo

the mean was 25.2 ± 7.1 and for the FANTASTIC 70.7 ± 9.9 . For the WOOQOL-BQQ, the mean was 88.3 ± 10.6 . No strong association was found between lifestyle and blood tests. The individuals with higher scores on the FANTASTIC questionnaire had lower total cholesterol ($p < 0.05$) as did older individuals. For individuals with lower Nahas scores, triglycerides were higher ($p < 0.05$), especially in the physical activity, nutrition and preventive behavior components. Individuals with more time in the profession, presented low HDL and total cholesterol. For triglycerides only the physical activity variable of the FANTASTIC questionnaire showed determinative ($r^2 = 0.29$) ($p = 0.02$). For arterial blood pressure and total cholesterol, the physical activity variable of the Nahas questionnaire was determined ($r^2 = 0.28$) ($p = 0.02$) and ($r^2 = 0.28$) ($p = 0.01$). The component nutrition, stress control, sleep and social control were more than 80% likely to explain triglyceride changes. **Conclusion:** The values of total cholesterol, triglycerides, HDL are mainly influenced by physical activity, nutrition, stress control, sleep, social control. However, only the physical activity component was a determining factor. All correlations between lifestyle in blood tests were poor.

Keywords: Lifestyle; Quality of Life; Hematologic Tests.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde define de modo clássico o estilo de vida como “o conjunto de hábitos e costumes que são influenciados, modificados, encorajados ou inibidos pelo prolongado processo de socialização...” (WHO, 2004, pág. 37). Nas últimas décadas o estilo de vida vem adquirindo espaço crescente nas questões sobre saúde pública, como temática interdisciplinar em promoção da saúde (SOUZA et al., 2016). Originando debates complexos que ultrapassam as barreiras transculturais devido à singularidade e variedade da maneira de viver de cada ser humano (ALMEIDA et al., 2012).

Deste modo, os parâmetros do estilo de vida podem modificar-se no decorrer dos anos, o que ocorre mediante a sensibilização do indivíduo em relação a mudança de determinado comportamento. Alguns estudos têm evidenciado que a aplicação de mudanças de estilo de vida sem a farmacoterapia pode reduzir a probabilidade de ocorrência das doenças cardiovasculares (SLAVÍČEK et al., 2008; GORE et al., 1996).

Estudos têm mostrado que indivíduos com pior estilo de vida têm maior número de doenças crônicas não transmissíveis (GRISCI et al., 2007). Outros estudos já



Artigo

mostraram que há uma forte relação entre doenças como diabetes mellitus, hipertensão arterial dislipidemia com o estilo de vida negativo (KANG 2004, KANG 2005). E que os indivíduos com maior nível de estresse continuado podem levar doenças do coração (DALRI et al, 2014).

Entretanto ainda precisa melhor estabelecer a relação do estilo vida medido pelos instrumentos validados no Brasil com parâmetros biológicos como: colesterol total e fracionado, glicemia, pressão arterial, triglicerídeos e componentes do hemograma. É possível que por meio da avaliação da capacidade que estes instrumentos tenham de correlacionar com estes parâmetros biológicos seja possível prevê com mais precisão pela simples aplicação destes questionários as possíveis alterações do colesterol total e fracionado, glicemia, pressão arterial, triglicerídeos.

Logo, esta investigação objetiva avaliar a associação entre os resultados dos questionários que propõem avaliar o estilo de vida e qualidade de vida com os resultados obtidos nos exames de colesterol total e fracionado, glicemia de jejum, triglicerídeos e transaminases.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal descritivo de caráter exploratório com abordagem quantitativa e analítica. Participaram 72 profissionais de saúde das Unidades de Terapia Intensiva - UTI do Hospital Regional do Baixo Amazonas localizado na cidade de Santarém estado do Pará. O grupo se constituía de Técnicos de enfermagem, Fisioterapeutas, Médicos, Nutricionistas, Farmacêuticos e Terapeuta. A investigação realizou-se no período de maio a agosto 2016, tendo como critérios de inclusão ser profissional de saúde na UTI adulto, infantil e neonatal do Hospital, por um período maior ou igual a um ano, de ambos os sexos, maiores de vinte e uns anos. Não participaram do estudo os profissionais que faziam menos de dois plantões por semana.

Inicialmente os participantes da pesquisa receberam no começo de seus plantões os instrumentos de coleta de dados os quais foram devolvidos no término de cada plantão, a saber, um questionário sócio demográfico criado pelos autores, a escala do Perfil do Estilo de Vida Individual, o Questionário Estilo de Vida Fantástico, o questionário World Health Organization Quality of Life/Bref WHOQOL que avalia a qualidade de vida relacionada a saúde, e um questionário de avaliação individual sobre o perfil sócio econômico e cultural.



Artigo

Todos os participantes coletaram sangue venoso para análise dos seguintes exames: colesterol total, HDL e LDL, triglicérides, glicemia de jejum, hemograma completo, TGO (transaminase glutâmica oxalacética) e TGP (transaminase glutâmica pirúvica).

Os dados são apresentados em média e desvio padrão. A simetria dos dados foi analisada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov, a comparação do estilo de vida entre os grupos que tem ou não alteração nos exames de sangue foi realizada por meio do teste t. As correlações entre estilo de vida e os exames de sangue foi feita por meio da correlação matriz. Para análise de fatores relacionados a alterações dos exames de sangue utilizou-se a regressão linear univariada e multivariada. Sendo consideradas variáveis dependentes: colesterol total e fracionado, pressão arterial, glicemia, transaminase glutâmica oxalacética (TGO) ou aspartatoaminotransferase (AST), transaminase glutâmica pirúvica (TGP) ou alanina aminotransferase (ALP) e triglicérides. E as variáveis independentes foram os domínios dos questionários de estilo de vida de Perfil do Estilo de vida Individual e Fantástico. As variáveis com significância estatística ($p < 0,2$) na regressão linear univariada foram incluídas nos modelos de regressão linear múltipla. Foi considerado $p < 0,05$ como significância estatística.

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Adventista de São Paulo, em observância a Resolução N°. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Dada a emissão do parecer favorável do referido Comitê sob o seguinte número: 1.371.657 e autorizada pelo Hospital Regional do Baixo Amazonas de Santarém, bem como mediante o aceite prévio do convite em participar da pesquisa todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE em duas vias.

RESULTADOS

Foram avaliados 72 participantes neste estudo, e verificou-se que 67% dos participantes da pesquisa são do sexo feminino e 33% são do sexo masculino. Quanto à faixa etária dos participantes da pesquisa, verificou-se que 33% estão na faixa etária de 30 a 39 anos; 25%, entre 21 a 24 anos e 21% nas faixas de 25 a 29 e 40 a 60 anos de idade. Neste contexto, observa-se que a maioria dos trabalhadores de saúde das UTI do HRBA são adultos jovens.

Participantes em sua maioria técnicos de enfermagem (57%), seguido por enfermeiros (14%) e fisioterapeutas (11%). Em relação ao estado civil 43% eram solteiros



Artigo

e 36% casados, 48% tinham ensino superior completo ou pós-graduação e 53% dos participantes tinham nível técnico. Referente à especialização, verificou-se que todos os participantes da pesquisa têm especialização em áreas diversas da saúde, e no que diz respeito a moradia 43% deles ainda moram com os pais e 48,8% tem casa própria. A respeito de ter vínculo empregatício com outra instituição de saúde, verificou-se que 99,97% dos participantes têm vínculo empregatício com outra instituição. E apenas 0,03% não trabalha em mais de um local. Dos participantes que responderam ter outro vínculo empregatício, quanto ao tipo de instituição, verificou-se que 51,3% atuam em uma Instituição Pública, 41,6%, em Instituição Privada e 8,3% em ambas.

Em relação ao nível de escolaridade de seus genitores 50% das mães e 43% dos pais haviam completado o equivalente ao hoje nominado ensino médio e 10% de pais e mães são analfabetos.

Quanto ao tempo de atuação na Unidade de Terapia Intensiva, verificou-se que 38% dos participantes trabalham há mais de 6 anos no local, 34% de 1 a 2 anos, 15% trabalham de 2 a 4 anos nesta instituição, e 13%, de 4 a 6 anos.

Portanto, o perfil dos participantes da pesquisa é de indivíduos na faixa etária de 30 a 39 anos, em sua maioria do sexo feminino, de função técnico de enfermagem, solteiros, residentes em Santarém, com nível de instrução técnica. A instrução da maioria dos pais e mães é de ensino médio. Entre os avaliados não houve diagnosticado com diabetes, hipertensão arterial, câncer ou doenças cardíacas graves.



Artigo

Tabela 1 –Perfil dos participantes da pesquisa

Variável	Total encontrado	Percentual (%)
Idade (anos)		
21-24	18	25
25-29	15	21
30-39	24	33
40-60	15	21
Sexo		
Fem.	48	67
Masc.	24	33
Estado Civil		
Casado	26	36
Solteiro	31	43
Divorciado/Outros	15	21
Nível de Instrução		
Superior	12	17
Técnico	38	53
Especialização	22	31
Instrução Pai		
Analfabeto	07	10
Primário	29	40
Secundário	31	43
Superior	03	04
Não sabe	02	03
Instrução Mãe		
Analfabeto	07	10
Primário	23	32
Secundário	36	50
Superior	06	08

Fonte: Elaboração própria, Santarém, 2016.



Temas em Saúde

Volume 18, Número 1

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

Ao avaliar o estilo de vida dos trabalhadores na UTI segundo NAHAS foi visto que em média apresenta-se um estilo de vida que necessita de algumas mudanças, visto que no instrumento Perfil do estilo de vida individual, para alcançar um estilo de vida totalmente positivo seria necessário alcançar 30 pontos no domínio total. Os domínios com pior pontuação foram nutrição e atividade física. Já no questionário FANTASATICO o estilo de vida da amostra estudada está classificado como boa a muito boa com principais comprometimentos nos domínios atividade física, nutrição e trabalho. Quanto a qualidade de vida foi vista que a pontuação aproximou de 100 pontos denotando uma boa qualidade de vida, entretanto os aspectos voltados a atividade física foram muito aquém do desejado



INFLUÊNCIA DO ESTILO DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA NOS EXAMES DE SANGUE

Páginas 143 a 170

Artigo

Tabela 2 - Estilo de vida segundo o Instrumento Fantástico e qualidade de vida segundo o WHOOQOL-BREVE

Variáveis	Media	Desvio padrão
NAHAS	25,2	2,0
Nutrição	4,1	2,2
Atividade física	3,4	2,6
C. preventivo	5,8	2,3
R. social	6,2	2,3
Controle do estresse	5,7	2,0
FANTASTICO	70,7	9,9
Família e amigos	6,4	1,4
Atividade física	2,3	2,3
Nutrição	6,0	3,5
Tabaco e tóxicos	13,8	1,6
Álcool	10,5	1,8
Sono, cinto de segurança, stress e sexo seguro	15,4	3,2
Tipo de comportamento	4,6	1,9
Introspecção	8,9	2,4
Trabalho	3,3	0,8
WHOOQOL-BREVE	88,3	10,6
D. físico	7,0	1,5
D. psicológico	23,2	3,2
D. Relações sociais	16,9	3,4
D. ambiente	40,7	6,0
Frequência /Sentimentos negativos	2,1	0,9

Fonte: Elaboração própria, Santarém, 2016.

A tabela 3 mostra que aqueles indivíduos com pontuação inferior a 69 pontos do questionário estilo de vida FANTÁSTICO têm maior nível de colesterol total sérico, e maior triglicérides do que aqueles com pontuação superior a 69 pontos. Mostra também que o estilo de vida não influenciou o nível de pressão arterial sistólica e diastólica, hematócrito, hemoglobina glicemia e enzimas TGO e TGP.



Artigo

Tabela 3 - Análise das variáveis sexo e exames de sangue segundo o estilo de vida Fantástico

Variáveis	Fantástico			
	85 a 100	70 a 84	55 a 69	35 a 54
Mulheres (n=37)	1	16	17	3
Homens (n=22)	4	4	14	0
Colesterol total (mg/dl)	160,6±23,9	175,6±41,4	182,9±58,2*	189,3±73,5*¥
HDL (mg/dl)	47,8±10,9	47,8±7,01	51,6±16,4	52±5,5
PAS (mmHg)	120±10	122,5±9,1	122,5±12,3	120±10
PAD (mmHg)	78±4,47	79±4,47	78,8±9,27	80±10
HT (%)	39,4±6,9	41,2±3,8	42,3±3,14	43,3±3,43
HB (mg/dl)	14,4±1,48	13,8±1,1	14,5±1	14,4±0,81
Triglicérides	124,6±59,3	161±116,8	172,5±151,2	226,6±116,5
TGO	21,8±6,26	24,3±8,6	24,6±3,51	16,6±2,51
TGP	22,6±6,87	28,5±15,1	28±2,64	18±3,46
Glicemia (mg/dl)	79,2±8,75	84,4±10,7	79,7±12,1	76,3±11

Fonte: Elaboração própria, Santarém, 2016.

*P<0,05 em relação (85 a 100)

¥ P<0,05 em relação (70 a 84)

£ P<0,05 em relação (55 a 69)

Foi realizada análise univariada de cada componente do estilo de vida (variáveis independentes) com os resultados dos exames de sangue (variáveis dependentes). Quando a probabilidade fosse menor do 20% ($p < 0,2$) esta entraria para o modelo multivariada. Para o colesterol total quatro variáveis mostraram com associação significativa. Duas do questionário de Nahas, Atividade física e Controle Social. Duas do questionário Fantástico, Uso de tabaco e Trabalho.

Para o HDL colesterol apenas o componente do estilo de vida de Nahas Controle do estresse mostrou ter uma associação significativa.

Para a Pressão arterial sistólica quatro variáveis mostraram com associação significativa ($p < 0,2$). Uma do questionário de Nahas, o Controle Social, e três do questionário Fantástico, atividade física, uso de Tabaco e tóxicos e trabalho.

Para a Glicemia uma variável se mostrou associação significativa, a saber, o domínio do questionário Fantástico, Família e amigos.



Artigo

Para o triglicerídeos seis variáveis mostraram associação significativa. Três do questionário de Nahas, Nutrição, Atividade Física e Controle Preventivo e três do questionário Fantástico, Atividade Física, Sono e Tipo de comportamento.

Apenas três variáveis foram para o modelo de regressão multivariada, (triglicerídeos, pressão arterial sistólica e colesterol total)

Para os triglicerídeos quatro componentes do estilo de vida estiveram associadas, sendo duas do Instrumento Fantástico e duas do Instrumento de Nahas. Entretanto no modelo multivariado apenas a componente atividade física se mostrou significativa. (Tabela 4)

Tabela 4 – Análise de regressão multivariada tendo os triglicerídeos como variável dependente

Variáveis	Coefficiente - SE	IC 95%	R ²	P
Sono (FANT)	-5,836 - 4,544	-14,917 a 3,245	0,05	0,20
Ati. Física (FANT)	-16,566 - 7,390	-31,334 a -1,798	0,29	0,02
Nutrição (Nahas)	6,855 - 6,525	-19,894 a 6,185	0,12	0,29
Ativ. Física (Nahas)	-3,650 - 6,690	-9,718 a 17,018	0,37	0,058

Fonte: Elaboração própria, Santarém, 2016.

Para a Pressão Arterial sistólica quatro componentes do estilo de vida estiveram associadas, sendo duas do Fantástico e duas do Nahas. Entretanto no modelo multivariado apenas a componente Atividade Física se mostrou significativa. (Tabela 5)



Artigo

Tabela 5 – Análise de regressão multivariada tendo a pressão arterial sistólica como variável dependente

Variáveis	Coefficiente – SE	IC 95%	R ²	P
Trabalho (Fantástico)	-1,437 - 1,557	-4,546a 1,673	0,03	0,35
Tabaco (Fantástico)	-1.311 - 0,7703	-2,850 a 0,2273	0,01	0,09
Ativ. Física (Nahas)	0,5303 - 0,5572	-2,373 a -0,1713	0,28	0,02
Social (Nahas)	-1.272- 0.5510	-0,5828 a 1,643	0,01	0,34

Fonte: Elaboração própria, Santarém, 2016.

Para o Colesterol total quatro componentes do estilo de vida estiveram associadas, sendo duas do Fantástico e duas do Nahas. Entretanto no modelo multivariado somente a componente atividade física Nahasse mostrou significativa. (Tabela 6)

Tabela 6 – Análise de regressão multivariada tendo Colesterol total como variável dependente

Variáveis	Coefficiente - SE	IC 95%	R ²	P
Trabalho (Fantástico)	-11,862 - 7.073	-25,992 a 2,268	0,02	0,09
Tabaco (Fantástico)	-6.172 - 3.487	-13,138 a 0,7938	0,007	0,08
Ativ. Física (Nahas)	3,413 - 2,153	0.8867 a 7.713	0,28	0,011
Social (Nahas)	-4,501 - 2,510	-9,514 a 0,5123	0,03	0,07

Fonte: Elaboração própria, Santarém, 2016.



Artigo

DISCUSSÃO

O principal objetivo deste estudo foi avaliar a associação existente entre estilo de vida com marcadores biológicos do sangue em indivíduos adultos jovens e dentre os principais resultados deste estudo pode ser verificado que:

Primeiro, de uma forma geral a maioria destes indivíduos tem um estilo de vida que necessita alguns ajustes, visto pela pontuação dos questionários aplicados sobre estilo de vida.

Segundo, a componente atividade física do questionário estilo de vida de Nahas e Fantástico foram capazes de identificar as alterações tanto dos triglicerídeos, da pressão arterial sistólica quanto colesterol total e os componentes nutrição, controle de estresse, sono, e controle social foram relacionados a alterações do HDL e triglicerídeos.

Terceiro, foi encontrado fraca associação entre estilo de vida e dos exames de sangue.

Entre as dimensões analisadas no questionário Nahas e Fantástico os aspectos relacionados à prática de atividade física foram os mais sensíveis a alterações dos exames de sangue. É sabido que realizar atividade física é determinante para a manutenção da saúde em geral. Pode-se observar neste estudo por meio da análise multivariada que os triglicerídeos e a pressão arterial sistólica e colesterol total dos trabalhadores das UTI, sofreram influência da quantidade de atividade física realizado por eles. Isto tem tornado preocupante, pois apenas 13% da população em geral pratica algum tipo de atividade física regular (RODRIGUEZ-AÑEZ et al., 2008).

A UTI vem sendo apontada por pesquisas, como um dos ambientes mais agressivos e traumatizantes do hospital, e que devido a isso, pode ocasionar agravos à saúde física e psíquica, tanto dos pacientes como dos profissionais que ali atuam, e o índice de praticantes de atividade física regular é menor do que da população em geral (VILA, ROSSI, 2002; LEITE, VILA, 2005).

Neste estudo foi demonstrado baixos níveis de atividade física pelos participantes, os dados deste estudo diferem dos achados por Leite e Santos, (2011) estudando a população trabalhadora onde os resultados mostraram alta prevalência de práticas saudáveis em todas as dimensões, inclusive para “exercício e atividade física”. No entanto é preciso destacar que os participantes deste estudo são trabalhadores de saúde de unidades de terapia intensiva que de um modo em geral tem uma carga de trabalho alta, não praticam atividades físicas e não têm maiores preocupações com a ingestão de alimentos saudáveis. Para Kampert e colaboradores (1996) a atividade física e os hábitos



Artigo

alimentares são dois componentes do estilo de vida que atuam de forma expressiva na promoção da saúde e na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis.

Ainda que a dislipidemia não signifique uma doença propriamente dita, mas um fator de risco para as DCNT, ela vem sendo um elemento de pesquisa na sua relação com a atividade física. Estudos demonstram que a atividade física possui um resultado positivo sobre os altos níveis de lipídios séricos, enquanto que a ausência de atividade física se apresentar prejudicial à saúde, e que os tratamentos para controle dos níveis séricos de lipídios podem ser potencializados quando combinadas à atividade física (DURSTINE et al., 2001).

Pode-se constatar no estudo que as mulheres são mais sedentárias do que os homens, entretanto quando analisado se a pontuação da componente atividade física teria influência sobre as variáveis fisiológicas não foi encontrada diferença significativa entre as médias nas diferentes pontuações do domínio atividade física.

Estima-se que o estilo de vida sedentário seja responsável por cerca de 1/3 das mortes por doença coronariana, hipertensão arterial e diabetes mellitus (DINIZ, 2013).

A falta de atividade física é mais um fator de risco para doenças crônicas não transmissíveis. Exercícios físicos contínuos, moderados a vigorosos, têm um importante papel em prevenir doenças cardiovasculares. Os exercícios moderados, desde que realizados com regularidade, são saudáveis, contudo, os mais intensos são mais indicados. A atividade física também previne a obesidade, a hipertensão, o diabetes mellitus e reduz o colesterol (SMELTZER, BARE, 2009).

A inatividade física eleva a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários exibem 30% a mais o risco para desenvolver hipertensão que os ativos. O exercício aeróbio proporciona resultado hipotensor maior em indivíduos hipertensos que normotensos. O exercício resistido tem efeito hipotensor similar, porém menos consistente (DUNCAN et al., 2012).

As modificações na dieta, exercício físico, perda de peso e monitoração rigorosa são estratégias importantes para tratar três fatores de risco cardiovascular importantes: hiperlipidemia, hipertensão e hiperglicemia (MUSSI et al., 2013).

Indivíduos que não praticam atividade física ou indivíduos sedentários tem um risco de 30 a 50% maior de desenvolver Hipertensão arterial sistêmica. Um estilo de vida ativo pode modificar este quadro tendo efeito preventivo e importante, incluindo redução da incidência de doenças cardiovasculares e morte por esta causa (BRASIL, 2014). O número de pessoas sedentárias é prevalente em relação aos profissionais que praticam alguma atividade física.



Artigo

A prática regular de atividades físicas é o elemento essencial para as condutas não medicamentosas de prevenção e tratamento da hipertensão arterial. Conforme diretrizes nacionais e internacionais, todos os pacientes hipertensos precisam realizar exercícios aeróbicos complementados pelos resistidos, como forma isolada ou complementar a terapêutica medicamentosa (Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006(CHOBANIAN 2003).

Estudos têm demonstrado reduções significantes das PA sistólica/diastólica com o treinamento aeróbico. Uma metanálise de 2005 (CORNELISSEN, FAGARD, 2005) constatou diminuições nas médias de 3,0/2,4 mmHg após o treinamento aeróbico, sendo que essa redução foi mais significativa nos hipertensos (6,9/4,9 mmHg). A redução da PA com o treinamento vem sendo identificada nos dois sexos, sugerindo não estar sujeito de outros fatores, como perda de peso, e tem dimensão semelhante à percebida com o tratamento medicamentoso (CLEROUX et al., 1999).

Portanto, o componente atividade física medido em ambos os questionários sobre estilo de vida pode justificar as alterações nos triglicerídeos, pressão arterial sistólica e colesterol total.

Considerando a probabilidade de 20%, o HDL teve associação considerada significativa com o controle do estresse do questionário Nahas e o Colesterol total teve associação com tabaco do questionário Fantástico. Para glicemia, a associação significativa foi família e amigos do questionário Fantástico. A pressão arterial é influenciada pelo controle social (Nahas), tabaco, trabalho, atividade física e nutrição (Fantástico). Nos triglicerídeos, foi comportamento preventivo, nutrição, atividade física (Nahas) e atividade física, sono e tipo de comportamento (Fantástico).

Dados semelhantes foram encontrados em um estudo realizado com profissionais de saúde, em que se pôde observar um aumento significativo na prevalência de alguns fatores de risco cardiovasculares (excesso de peso, dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica) na população estudada em um seguimento de vinte anos (JARDIM, 2014).

Há evidências de que o tabaco aumenta os níveis de LDL (mau colesterol) e reduz o HDL (bom colesterol), acelerando o aparecimento de arteriosclerose. Ou seja, o fumo também é responsável direto pelo acúmulo de gordura nas paredes das artérias coronárias, além de afetar o coração e os vasos sanguíneos (PRICE et al., 1999). Por outro lado, outros estudos já têm mostrado que o simples fato de deixar de fumar reduz o colesterol LDL (MCBRIDE1992; PRESCOT et al., 1998).

A probabilidade foi alta do controle de estresse influenciar os níveis séricos de HDL. O stress pode elevar o nível de colesterol LDL e reduzir o HDL. Segundo alguns estudos científicos, pessoas que atravessam situações de stress podem apresentar



Artigo

acréscimos temporários dos níveis de colesterol sanguíneo (CHANDOLA et al., 2006; HEPPNER et al., 2009). Contudo, após três anos de estados agudos de stress, há uma maior probabilidade de os níveis de colesterol permanecerem elevados permanentemente. Isso porque, sob estresse, o fígado fabrica uma quantidade maior de colesterol e em quadros de estresse permanente, o corpo oferece dificuldades em remover o colesterol do sangue. Essa elevação do colesterol pode estar ligada com a ocorrência do colesterol ser usado pelo organismo como matéria prima na fabricação de células devido o colesterol ser um dos componentes da membrana celular (CHANDOLA et al., 2006; HEPPNER et al., 2009).

Sabe-se que em circunstâncias de stress, o corpo ingressa num estado de luta ou fuga. É uma reação primária e automática que acontece no ser humano. Assim, como uma resposta remota do organismo, um aumento na produção de colesterol autoriza promover a reparação dos danos ocorridos, dos ferimentos, das lesões teciduais e de outros traumas decorrentes dessa reação (luta ou fuga). Face a isso, é necessário tentar lidar de forma consciente o stress, descobrindo as suas fontes. O controle do stress pode impedir essa resposta do organismo, impedindo assim a elevação dos níveis de colesterol (KANG et al., 2004; 2005).

Para a glicemia somente uma variável do questionário Fantástico, Família e amigos mostrou associação considerada significativa neste estudo ($p < 0,2$).

Em um estudo com o objetivo de avaliar o padrão alimentar do brasileiro e suas relações com o aumento da glicemia da população, mostrou que o feijão, a farinha de mandioca, o arroz e a farinha de milho, as comidas mais habituais na dieta do brasileiro, estão tendo uma redução em seu consumo. Os novos itens alimentares, produzidos pela indústria, tem conquistado um público crescente, sobretudo nos grandes centros onde também o fast-food é um fato para milhões de brasileiros. Isso devido à mentalidade moderna e a nova maneira de convívio social onde o momento do alimento, na maioria das vezes é feito junto com amigos do trabalho ou em família (FIGUEROA, 2010).

O método aplicado possibilitou algumas relações de dependência entre estilo de vidas e marcadores biológicos do sangue. Outros estudos mostraram que a adoção de um estilo de vida saudável está associada à redução da glicemia, do risco cardiovascular e do peso corporal (LOOK AHEAD RESEARCH GROUP, 2010).

Considerando, que o estilo de vida é um modo de viver das pessoas que está fundamentado em padrões de comportamentos identificáveis, os quais são determinados pela alteração de comportamento entre aceções pessoais do indivíduo e o aspecto de vida socioeconômico e ambiental (WHO, 1998). Torna-se mister de que a saúde seja percebida como um elemento de intervenção que torna possível o enriquecimento do estilo de vida



Artigo

do indivíduo e, que as intervenções, devem ser direcionadas às condições de vida e a fatores sociais, por estas já interagirem para conservar os padrões de comportamento (RODRIGUEZ-AÑEZ et al., 2008).

No entanto, Nahas (1996), observou que para medir o estilo de vida de diferentes grupos populacionais, existiam algumas dificuldades como a falta de um método rigoroso para servir como critério de referência, pois os instrumentos existentes acabam medindo enfoques específicos do estilo de vida das pessoas, que não estão bem esclarecidos, e que também fosse possível a análise, sobretudo das desigualdades éticas, socioeconômicas, culturais e ainda a faixa etária do grupo estudado.

Portanto, devido somente a partir dos anos 90 ter ocorrido o reconhecimento da importância do estilo de vida saudável atrelado a hábitos de atividade física regular, dentre os vários cuidados relativos à saúde, trazendo melhora da qualidade de vida, bem-estar físico, intelectual e espiritual (RICHARDSON et al., 2005), é que medir do processo de construção de um "estilo de vida" ainda incidi em um trabalho muito complexo devido as múltiplas dimensões que o formam e as barreiras que abrangem sua medida (TELEMA, 2005).

Deste modo, pode-se observar que os indivíduos que buscam um estilo de vida mais saudável tendem a ter uma qualidade de vida melhor, visto que ter uma vida saudável depende da qualidade do vínculo que a pessoa estabelece com o meio social, entre outros aspectos, administrando a constante tensão entre seus desejos, expectativas e as solicitações institucionais do meio social mais abrangente.

Neste contexto, o uso de instrumentos, como o Nahas e o Fantástico disponíveis para avaliar o estilo de vida de adultos, deveriam possibilitar o entendimento e a interligação entre estilo de vida e o trabalho também, definindo os aspectos que podem prejudicar a qualidade de vida do trabalhador, e em quais situações este deve modificar seus hábitos de forma a obter mais benefícios evitando os riscos das doenças crônicas não transmissíveis.

No entanto esses instrumentos abordam mais os aspectos relacionados aos parâmetros pessoais individuais relacionados ao estilo de vida do que os parâmetros socioambientais direcionados ao trabalho, meio ambiente, habitação, lazer e educação, apontando a ausência de um instrumento "padrão-ouro" mais completo, garantido e objetivo.

O presente estudo apresentou limitações referentes aos instrumentos utilizados para medir o estilo de vida dos trabalhadores das UTI; primeiro que tanto o instrumento de Nahas quanto o Fantástico, que foram utilizados para medir o Estilo de Vida, não medem a temporalidade somente o momento atual. Segundo que não existe um



Artigo

instrumento “padrão-ouro” que ofereça segurança quanto à avaliação de um estilo de vida saudável com confiabilidade para os diferentes grupos populacionais. Talvez devido a estas peculiaridades dos questionários não foi possível estabelecer claras correlações entre o estilo de vida e os exames de sangue.

Por conseguinte, permanece a necessidade de novos estudos que procurem aperfeiçoar os instrumentos de avaliação para vários tipos de populações, oferecendo mais confiança no que tange avaliar Estilo de vida saudável de forma longitudinal e em seus diversos aspectos.

Com relação as aplicações clínicas deste estudo, podemos mencionar o fato de que o Estilo de Vida adotado pôde influenciar os exames de sangue importantes como colesterol, triglicérides e pressão arterial. Diante da caracterização dos escores dessas variáveis, foi visto que o risco para elas é contínuo. Portanto, diante disso, é notório de que são necessárias algumas atitudes para a sustentação de um estilo de vida sadio como: alimentação balanceada, atividade física regular, não fazer uso de álcool, não fumar, controlar o peso, o colesterol e a pressão arterial, ter um bom descanso, equilíbrio psicológico e um tempo para espiritualidade.

Em uma revisão sistemática com 142 artigos foi visto que existe várias formas de avaliar o Estilo de vida das pessoas. Comenta que no Brasil os instrumentos validados Perfil do Estilo de Vida Individual e o Instrumento Fantástico são os mais utilizados. A maioria desses instrumentos procura abordar mais os aspectos relacionados aos parâmetros individuais relacionados ao estilo de vida do que os parâmetros socioambientais relacionados ao trabalho, ambiente, moradia, lazer e educação. Diante disso os autores concluíram que os instrumentos de avaliação do estilo de vida ainda que com razoável validação psicométrica, são ainda questionáveis na capacidade de resposta (PORTO et al, 2015).



Artigo

CONCLUSÃO

Este estudo discorreu sobre a avaliação do estilo de vida de trabalhadores de saúde da Unidade de Terapia Intensiva e suas correlações com os exames do sangue, e foi possível concluir que de uma forma geral a maioria destes indivíduos tem um estilo de vida que necessita alguns ajustes, visto pela pontuação de ambos os questionários aplicado sobre estilo de vida.

Os valores do colesterol total, triglicérides, HDL são influenciados principalmente pela atividade física, nutrição, controle de estresse, sono, controle social. Entretanto somente a componente atividade física esteve como um fator determinante. Todas as correlações entre estilo de vida em exames de sangue foram fracas.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, V. M.; ROBLES, A. L. M. **Processo de enfermagem**: modelo de interação terapêutica e uso das linguagens NANDA, CIE (NIC) e CRE (NOC). Trad. Verônica. São Paulo: DCL, 2009.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida**: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012.

ANTHIKAD, J. **Psicologia para enfermagem**. São Paulo: Reichmann& Autores Editores, 2005.

BANOV, M. R. **Psicologia no gerenciamento das pessoas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

BRASIL.Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.**Pesquisa Nacional de Saúde 2013**:Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas Brasil, Grandes Regiões E Unidades Da Federação.Rio de Janeiro: IBGE, 2014.



Artigo

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Intergerencial de Informações para saúde (RIPSA). Indicadores e Dados. Básicos – IDB 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>>. Acesso em: 10 de abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Pesquisa nacional de saúde 2013: **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC Nº 7, de 24 de fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Brasília: ANVISA, 2010.

BRAUNWALD, E. **Tratado de medicina cardiovascular**. 9. ed. São Paulo: Roca, 2013.

BORGES, G. S. **Enfermagem profissional**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

CLÉROUX, J.; FELDMAN, R. D.; PETRELLA, R. J. Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. 4. Recommendations on physical exercise training. Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for high blood pressure Prevention and Control, Laboratory Centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada. **CMAJ: Canadian Medical Association Journal**, v. 160, n. 9, p. S21, 1999.

CORNELISSEN, V. A.; FAGARD, R. H. Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure–regulating mechanisms, and cardiovascular risk factors. **Hypertension**, v. 46, n. 4, p. 667-675, 2005.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.



Artigo

COSTA, M. P. F.; GUIMARÃES, H. P. **Ressuscitação cardiopulmonar**: uma abordagem multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2006.

CHANDOLA, T.; BRUNNER, E.; MARMOT, M. Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study. **British Medical Journal**, v. 332, n. 7540, p. 521-525, mar. 2006.

CHAVES, C. S.; LEITÃO, M. P. C.; BRAGA JUNIOR, A. C. R.; SIRINO, A. C. A. Identificação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em profissionais da saúde. **Arquivos de Ciências da Saúde**, São Jose do Rio Preto, v. 22, n. 1, p. 39-46, mar. 2015.

CHOBANIAN A. V.; BAKRIS G.L.; BLACK, H. R.; CUSHMAN, W. C.; GREEN, L. A.; IZZO, J. L.; JONES, W. D.; MATERSON, B. J.; OPARIL, S.; WRIGHT, J. T.; ROCCELLA, E. J. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **Hypertension**. v. 42, n. 6, p. 1206-1252, dez. 2003.

CUPPARI, L. **Guia de nutrição**: Nutrição clínica no adulto. 3. ed. Barueri: Manole, 2014.

DALRI, R. C. M. B.; SILVA, L. A.; MENDES, A. M. O. C.; ROBAZZI, M. L. C. C. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 959-965, nov-dez. 2014.

DINIZ, D. P. **Guia de qualidade de vida**: saúde e trabalho. 2. ed. Barueri: Manole, 2013.

DURSTINE, J. L.; GRANDJEAN, P. W.; DAVIS, P. G.; FERGGUSON, M. A.; ALDERSON, N. L.; DUBOSE, K. D. Blood lipid and lipoprotein adaptations to exercise: a quantitative analysis. **Sports Med**, v. 31, n. 15, p. 1033-1062, 2001.

DUNCAN, B. B.; CHOR, D.; AQUINO, E. M. L.; BENSEÑOR, I. J. M.; MILL, J. G.; SCHMIDT, M.I.; LOTUFO, P. A.; VIGO, A.; BARRETO, S. M. Doenças crônicas não



Artigo

transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl 1, p. 126-34, dez. 2012.

HEPPNER, P. S.; CRAWFORD, E. F.; HAJI, U. A.; AFARI, N.; HAUGER, R. L.; DASHEVSKY, B. A.; HORN P. S.; NUNNINK S. E.; BAKER, D. G. The association of posttraumatic stress disorder and metabolic syndrome: a study of increased health risk in veterans. **BMC Medicine**, London, v. 7, n. 1, p. 1-8, jan. 2009

FERRACINI, F.; MENDES, W. **Farmácia Clínica: Segurança na prática hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2011.

FERREIRA JÚNIOR, M. **Saúde no trabalho: temas para o profissional que cuida da saúde do trabalhador**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2008.

FERREIRA, D. K. S.; BONFIM, C.; AUGUSTO, L. G. S. Fatores associados ao estilo de vida de policiais militares. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3403-3412, Ago. 2011.

FIGUEIREDO, R. C.; FRANCO, L. J.; ANDRADE, R. C.; FOSS-FREITAS, M. C.; PACE, A. E.; DAL FABBRO, A. L.; FOSS, M. C. Obesidade e sua relação com fatores de risco para doenças cardiovasculares em uma população Nipo-Brasileira. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v.52, n.9, p.52-9, dez. 2008.

FIGUEROA, D. Padrões Alimentares: da teoria à prática-o caso do Brasil. **Mneme-Revista de Humanidades**, Caicó, v. 4, n. 09, p. 104-114, fev-mar. 2010.

FREIRE, C. B.; DIAS, R. F.; SCHWINGE, P. A.; FRANÇA, E. E. T.; ANDRADE, F. M. D.; COSTA, E. C.; CORREIA JUNIOR, M. A. V. Qualidade de vida e atividade física em profissionais de Terapia Intensiva do Sub Médio São Francisco. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 1, p. 26-31, jan-fev, 2015.

GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. I. **Goldman Cecil Medicina**. 24. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. Vol. 1.



Artigo

GONÇALVES, A.; VILARTA, R. **Qualidade de vida e atividade física: explorando teorias e práticas.** Barueri: Manole, 2004.

GORE, C. J.; OWEN, N.; PEDERSON, D.; CLARKE, A. Educational and environmental interventions for cardiovascular health promotion in socially disadvantaged primary schools. **Aust N Z J Public Health**, v. 20, n. 2, p.188-194, 1996.

GRISCI, C. L. I.; SCALCO, P. D.; JANOVIK, M. S. Modos de trabalhar e de ser de motoboys: a vivência espaço-temporal contemporânea. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v.27, n.3, p. 446-461, set. 2007.

JARDIM, T. S. V. **Evolução de fatores de risco cardiovasculares em profissionais da saúde em um intervalo de vinte anos.** Goiânia, 2014. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2014.

JESUS, S. N. **Psicologia da saúde: teoria e pesquisa.** São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo, 2007.

KAMPERT, J. B.; BLAIR, S. N.; BARLOW, C. E.; KOHL, H. W. Physical activity, physical fitness, and all-cause and cancer mortality: a prospective study of men and women. **Annals of epidemiology**, v. 6, n. 5, p. 452-457, 1996.

KANG, M. G.; KOH, S. B.; CHA, B. S.; PARK, J. K.; WOO, J. M.; CHANG, S. J. Association between job stress on heart rate variability and metabolic syndrome in shipyard male workers. **Yonsei Medical Journal**, Seoul, v. 45, n. 5, p. 838-846, out. 2004.

KANG, M. G.; KOH, S. B.; CHA, B. S.; PARK, J. K.; BAIK, S. K.; CHANG, S. J. Job stress and cardiovascular risk factors in male workers. **Preventive Medicine**, New York, v. 40, no. 5, p. 583-588, mai. 2005

KNOBEL, E. **Terapia intensiva: enfermagem.** São Paulo: Atheneu, 2006.



Artigo

KRIEGER, N.; SIDNEY S.; COAKLEY E. Racial Discrimination and Skin Color in the CARDIA Study: Implications for Public Health Research. Coronary Artery Risk Development in Young Adults. **American Journal of Public Health**. v. 88, n. 9, p. 1308-1313, set. 1998.

KUMAR, V.; ABBAS, ASTER, J. C. **Robbins Patologia Básica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier. 2013.

KUSHNER, R. F.; SORENSEN, K. W. Lifestyle medicine: the future of chronic disease management. **Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity**, v. 20, n. 5, p. 389-395, out. 2013.

LEITE, T. R. A.; SANTOS, B. R. M. Pressão Arterial e estilo de vida de estudantes universitários. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 9, n. 27, p. 14-20, jan-mar. 2011.

LEITE M. A.; VILLA V. S. C. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 145-50, mar-abr. 2005.

LOOK AHEAD RESEARCH GROUP. Long term effects of a lifestyle intervention on weight and cardiovascular risk factors in individuals with type 2 diabetes: four year results of the Look AHEAD trial. **Archives of internal medicine**, v. 170, n. 17, p. 1566-1575, set. 2010.

MATIAS, R. O.; CARDOSO, G. B; SANTIAGO, L. A.; OLIVEIRA, N. R.; KUTZ, N.; HERNANDES, M. M. Oficina culinária: promovendo alimentação saudável entre adolescentes. **LifeStyle Journal**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 67-83, 1º sem. 2016.

MCBRIDE, P. E. The health consequences of smoking: cardiovascular diseases. **Medical Clinics of North America**, v. 76, n. 2, p. 333-353, mar. 1992.

MUÑOZ, K. F. F.; PEREIRA, C. A.; LIMA, J. R.; LORA, P. S. Nutrologia e nutrição em unidade de terapia intensiva: sinergia em busca de excelência. **International Journal of Nutrology**, v. 9, n. 1, p. 109-117, 2016.



Artigo

MUSSI, R.; TIBIRIÇÁ, L.; HUPSEL, T. **Saúde e qualidade de vida**. Salvador: UNIFACS, 2013

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida**: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 6. ed. Londrina: Midiograf, 2013.

NAHAS, M. V. Revisão de métodos para determinação dos níveis de atividade física habitual em diversos grupos populacionais. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Pelotas, v. 1, n. 4, p. 27-37, 1996.

PAULINO, I.; BEDIN, L. P.; PAULINO, L. V. **Estratégia Saúde da Família**. São Paulo: Ícone, 2009.

PEREIRA, E. S.; ABDALA, G. A.; MEIRA, M. D. D.; SOUZA, A. C. Estilo de Vida e qualidade de vida de hipertensos em uma unidade básica de saúde. **SODEBRAS**, v. 12, n. 137, p. 99-103, mai. 2017.

PHILIPPI, S. T. **Nutrição e Dietética**. 2. ed. São Paulo: Ed. Manoel, 2008.

PÔRTO, E. F.; KÜMPEL, C.; CASTRO, A. A. M.; OLIVEIRA, I. M.; ALFIERI, F. M. Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. São Paulo, **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 199-205, dez. 2015.

PRESCOTT, E.; HIPPE, M.; SCHNOHR, P.; HEIN, H. O.; VESTBO, J. Smoking and risk of myocardial infarction in women and men: longitudinal population study. **Bmj**, v. 316, n. 7137, p. 1043-1047, dez. 1998.

PRICE J. F.; MOWBRAY P.I.; LEE A. J.; RUMLEY A.; LOWE G. D.; FOWKES F. G.; Smoking and cardiovascular risk factors in the development of cardiovascular disease and coronary artery disease: Edinburg Artery Study. **Europeanheartjournal**, v. 20, n. 5, p. 344-353, 1999.

RIBEIRO, R. C.; LOTUFO, P. A. **Hipertensão Arterial**: Diagnóstico e Tratamento. São Paulo: Sarvier, 2005.



Artigo

RICHARDSON, C. R.; AVRIPAS, S. A.; NEAL, D. L.; MARCUS, S. M. Increasing lifestyle physical activity in patients with depression or other serious mental illness. **J PsychiatrPractice**, v.11, n.6, p.379-88, 2005.

ROCHA, T. M. R. **Perfil de risco cardiovascular em amostras de estudantes do ensino secundário da região de Lisboa**. Lisboa, 2010. 178f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, 2010.

RODRIGUEZ-AÑEZ, C. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão brasileira do questionário Estilo de Vida Fantástico: tradução e validação para adultos jovens. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 91, n. 2, p. 102-109, ago. 2008.

ROSSANEIS, M. A.; HADDAD, M. C. F. L.; MARENCO, R. A.; GVOZD, R. Perfil lipídico dos trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário público. **Revista Varia Scientia – Ciências da Saúde**, Cascavel, v. 1, n. 2, p. 111-118, 2º sem. 2016.

RUEDA, Salvador. Habitabilidad y calidad de vida. **Cuadernos de investigación urbanística**, n. 42, p. 29-34, 2004.

SAMPAIO, J. R. (Org.). **Qualidade de Vida no Trabalho e Psicologia Social**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

SILVA, D. L. R.; LIRA, F. O. Q.; OLIVEIRA, J. C. C.; CANUTO, M. S. B. Atuação da fonoaudiologia em unidade de terapia intensiva de um hospital de doenças infecciosas de Alagoas. **Rev. CEFAC**, v. 18, n. 1, p. 174-183, 2016.

SILVA, M. V. G.; OLIVEIRA, A. M. G. (Orgs.). **Plantão de enfermagem: o cotidiano da assistência de enfermagem numa unidade hospitalar**. Rio de Janeiro: Nogueira Rio: Rovelte, 2009.

SANTOS, S. J.; ALMEIDA, S. A.; ROCHA JÚNIOR, J. R. A atuação do psicólogo em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits**, Maceió, v. 1, n.1, p. 11-16, nov. 2012.



Artigo

SILVA, M. V. G.; OLIVEIRA, A. M. G. (Orgs.). **Plantão de enfermagem**: o cotidiano da assistência de enfermagem numa unidade hospitalar. Rio de Janeiro: Nogueira Rio, 2009.

SLAVÍČEK, J.; KITTNAR, O.; FRASER, G. E.; MEDOVÁ, E.; KONEČNÁ, J.; ŽIŽKA, R.; DOHNALOVÁ, A.; NOVÁK, V. (2008). Lifestyle decreases risk factors for cardiovascular diseases. **Central European journal of public health**, v. 16, n. 4, p. 161-164, dec. 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. v. 1.

SOUZA, A. C.; OLIVEIRA, I. M.; MARTINS, L. T.; Promoção da Saúde: espaço interdisciplinar para o estudo do estilo de vida. **Lecturas: Educación Física y Deportes**, Buenos Aires, v.21, n. 218, p. 1-4, Jul. 2016. Disponível em <<http://www.efdeportes.com/efd218/promocao-da-saude-espaco-interdisciplinar.htm>>. Acessoem: 15 de jul. 2017.

SUGIMOTO, T.; SATO, M.; DEHLE, F. C.; BRNABIC, A. J. M.; WESTON, A.; BURGE, R. Lifestyle-related metabolic disorders, osteoporosis, and fracture risk in Asia: A systematic review. **Value in Health Regional Issues**, v. 9, p. 49-56, 2016.

TELEMA, R.; NUPPONEN, H.; PIÉRON, M. Physical activity among young people in the context of lifestyle. **Eur Phys Educ Rev**, v.11, n.2, p.115-37, 2005.

TIMERMAN, S.; GONZALES, M. M. C.; RAMIREZ, J. A. F. (Eds). **Ressuscitação e Emergências cardiovasculares**. Barueri: Manole, 2012.

VILA V. S. C.; Rossi L. O Significado Cultural do Cuidado Humanizado em Unidade de Terapia Intensiva: Muito falado e pouco vivido. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 137-144, mar-abr. 2002.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014.



Temas em Saúde

Volume 18, Número 1

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. **WHO Document Production Services**, Geneva, 2009.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. A glossary of terms for community health care and services for older persons. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health. **Technical Report**, v.5, 2004.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 1998: Life in the 21st Century a vision for all**. Geneva: World Health Organization, 1998.



INFLUÊNCIA DO ESTILO DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA NOS EXAMES DE SANGUE

Páginas 143 a 170

Artigo

MORTO, MAS COM O CORAÇÃO BATENDO?

DEAD, BUT BEATING HEART?

Diêgo Correia de Andrade¹
Maria Carolina Salustino dos Santos²
Wilma Ferreira Guedes Rodrigues³
Rozileide Martins Simões Candeia⁴
Camila Teixeira de Carvalho Dias⁵
Núbia de Souza Rufino⁶

RESUMO – Este artigo trata sobre: morto, mas com o coração batendo, perfil clínico do candidato ao protocolo de morte encefálica e os procedimentos junto aos doadores de órgãos e tecidos. Teve como objetivo estudar as devidas atribuições do enfermeiro intensivista ao paciente em morte encefálica. Este estudo traz uma revisão bibliográfica, com a finalidade de agrupar e sintetizar o conhecimento já existente sobre o tema. Compuseram a amostra oito artigos que atendiam aos critérios de inclusão e o objeto do estudo. Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca no período de setembro a novembro de 2017 e percebeu-se um maior número de pesquisa, entre os anos de 2012 e 2013, com representatividade de dois (25%) a cinco artigos (50%),

¹ Enfermeiro. Professor Especialista em Terapia Intensiva, Curso de Enfermagem, Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). João Pessoa (PB), Brasil. E-mail: diegoanatomia@gmail.com

² Discente do Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro universitário de João Pessoa Unipê. João Pessoa (PB), Brasil. Email: mariacarolina302@hotmail.com

³ Mestre em Ciências da Motricidade Humana. Professora do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). João Pessoa (PB), Brasil. Email: wilma_fgr@msn.com

⁴ Especialista em Saúde da Família. Professora do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). Email: rozileide.martins@unipe.br

⁵ Mestre em Ciências da Educação. Professora do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ). Email: camilatcs2@gmail.com

⁶ Especialista em Saúde da Família. Professora do Centro Universitário de João Pessoa (UNIPÊ) email: nubia_rufino@hotmail.com



Artigo

respectivamente. Foi constatado um número baixo e não recentes de publicações no cenário brasileiro sobre a temática, bem como foi possível detectar que o diagnóstico de morte encefálica precisa ser mais familiarizado e compreendido pelos os enfermeiros e técnicos de enfermagem. Com base na pesquisa aqui apresentada, o trabalho traz as seguintes conclusões: ampliação do debate sobre morte encefálica; promover treinamento com ênfase na identificação dos critérios clínicos para abertura do protocolo de morte encefálica e; manutenção hemodinâmica do possível e potencial doador de órgãos.

Descritores: Enfermeiro. Atribuições. Morte Encefálica. Doação de Órgãos.

ABSTRACT – This article deals with: dead, but with a beating heart, clinical profile of the client candidate for the brain death protocol and the nursing procedures provided to donors of organs and tissues. The purpose of this study was to study the attributions of the intensive care nurse to the patient in brain death. This study brings a bibliographical review, with the purpose of grouping and synthesizing the existing knowledge about the theme. The sample was composed of eight articles that met the inclusion criteria and the object of the study. For the survey of the articles in the literature, a search was conducted in the period from September to November of 2017 and a greater number of research was realized between the years of 2012 and 2013, with representativeness of two (25%) to five articles (50%), respectively. It was observed a low and not recent number of publications in the Brazilian scenario on the subject, as well as it was possible to detect that the diagnosis of brain death needs to be more familiarized and understood by the nurses and nursing technicians. Based on the research presented here, the work brings the following conclusions: broadening the debate on brain death; to promote training with emphasis on the identification of clinical criteria for opening the protocol for brain death and; hemodynamic maintenance of the possible and potential organ donor.

Keywords: Nurse. Attributions. Brain Death and Organ Donation.

INTRODUÇÃO

Morto, mas com o coração batendo, refere-se ao cliente em Morte Encefálica (ME). Este tipo de morte equivale à morte clínica, haja vista que se trata de um cliente morto e não terminal. Na maioria das vezes, este estado clínico causa dúvida aos



Artigo

familiares, amigos ou representante legal sobre questões neurológicas do ente querido, pelo fato do paciente apresentar: batimentos cardíacos, expansibilidade torácica, tríplice flexão, sinal de babinski, sudorese e pressão arterial. São essas dúvidas que promove receios, insegurança, descrença e ansiedade

Diante desse quadro, o Conselho Federal de Enfermagem outorga ao profissional enfermeiro autonomia ética e legal para planejar e implementar ações sociais que objetivem esclarecimentos sobre este assunto, bem como promover e organizar programas de conscientização dos profissionais da área da saúde quanto ao saber clínico baseado em evidências. Sendo relevante informar a notificação do cliente em processo de investigação clínica ou com diagnóstico de morte encefálica confirmada (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004).

Levando em consideração o respaldo jurídico diante do diagnóstico da morte encefálica, é aconselhável que o profissional de enfermagem registre no prontuário o caso clínico do cliente neurocrítico assistido, documentando sobre o diagnóstico da morte encefálica e descrevendo na evolução de enfermagem a data e hora da determinação da ME, conforme descrição do médico neurologista ou neurocirurgião, bem como proceder esclarecimento sobre a ME ao representante legal ou familiares do paciente. É de grande importância explicar de forma didática e detalhada aos familiares que a ausência do fluxo sanguíneo encefálico caracteriza a morte clínica, independentemente da apresentação dos sinais vitais. As presenças desses fatores estão relacionadas à Ventilação Mecânica (VM) e Drogas Vasoativas (DVA).

Ao médico incumbe a suspensão dos procedimentos de suporte terapêuticos, quando da determinação da morte encefálica de usuário não-doador de órgãos, e tecidos para fins de transplantes. É importante ressaltar, que a suspensão desses recursos terapêuticos não caracterizam eutanásia ou qualquer outra espécie de delito contra a vida. O médico deverá também informar, de modo claro e detalhado aos familiares, o falecimento do paciente bem como preencher a Declaração de Óbito (D.O), caso esse não tenha sido ocasionado por meio violento, exigindo-se que a data e a hora registradas na Declaração sejam as mesmas da terminação da morte encefálica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2007).

Após a comunicação do falecimento aos familiares, é relevante que o profissional enfermeiro saiba gerenciar a situação crítica, promovendo um ambiente confortável, falando apenas o necessário em respeito aos familiares, caso contrário, recomenda-se, reservar-se ao silêncio. A informação nesse momento é um direito, e a comunicação ativa é um tratamento, visando desenvolver uma escuta ativa, chamar pelo nome, manter um



Artigo

contato visual, estabelecer frases curtas estruturadas, dar leveza a palavra morte e se colocar no lugar daquele como ato humanitário.

Associando a isso, ao enfermeiro incumbe planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar todos os procedimentos intensivos de enfermagem prestados aos clientes em morte encefálica com possibilidade de doação de órgãos e tecidos para transplantes, sendo relevante orientar ao profissional técnico de enfermagem quanto aos cuidados intensivos e seguros para manutenção hemodinâmica do possível ou Potencial Doador (PD) de órgãos (LIMA; BATISTA; BARBOSA, 2013).

Assim, transplante de órgãos é um procedimento cirúrgico que consiste na substituição de um órgão ineficiente ou inapto, em um paciente enfermo, por outro órgão de um corpo em estado clínico saudável, seja de um doador vivo ou mesmo proveniente de um PD diagnosticado com morte encefálica (BRASIL, 2008).

Nessa perspectiva, o Conselho Federal de Medicina (CFM) estabeleceu na Resolução CFM nº 1.480/97, que, no Brasil, será considerado potencial doador, o cadáver que se constatar a morte encefálica, conseqüente do processo irreversível de dano cerebral, confirmada através da realização de exames clínicos e complementares (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).

Com base no exposto, este estudo objetiva estudar as devidas atribuições do enfermeiro intensivista ao paciente em morte encefálica.

CONDUTA DO ENFERMEIRO INTENSIVISTA

Baseado no aspecto ético legal, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 0557/2017 normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de aspiração de vias aéreas. Os pacientes neurocríticos, submetidos à intubação orotraqueal ou traqueostomia, em unidades de emergência ou internação em unidade de terapia intensiva, deverão ter suas vias aéreas privativamente aspiradas por profissional enfermeiro, sendo importante ressaltar que este procedimento é prescrito pelo enfermeiro intensivista (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

A assistência do enfermeiro na ventilação mecânica, neurointensivismo, nefrointensivismo, aspiração do tubo endotraqueal, manipulação do paciente com cateter de Pressão Intracraniana (PIC) e prevenção de infecção, são cuidados cruciais para o equilíbrio do estado clínico do paciente, porém, ainda não são suficientemente conhecidos por esse profissional bem como a equipe de enfermagem (ROSA; LIMA; INOUE, 2013).



Artigo

Os cuidados do profissional enfermeiro em exercício em unidades intensivas são necessários para proporcionar uma atuação proativa com base na clínica neurológica e alinhado ao cliente neurocrítico, assistir com humanização, domínio, ética e destreza. Essa assistência sendo efetivada de modo sistemático, embasada em fundamentação teórica e política de educação continuada, visa promover segurança ao paciente e minimização de procedimentos errôneos e empíricos.

Associando a isso, no estudo de Alcântara e Marques afirma:

O enfermeiro deve estar atento, pois cuidados inadequados podem piorar o quadro geral do paciente, agravando o quadro neurológico, podendo levar a morte, devendo estar capacitado para atender as necessidades desse tipo de paciente, um paciente crítico que exige vigilância constante, e aplicando as intervenções necessárias para a sua recuperação (ALCÂNTARA; MARQUES, p. 899, 2009).

Tendo em vista uma assistência entrelaçada na ciência, promove um manejo clínico adequado ao paciente. A assistência de enfermagem está intrinsecamente relacionada à gestão do profissional enfermeiro, sendo necessário seguir protocolo institucional, e quando não houver, cabe a esse profissional criar em articulação com a equipe, implementar e monitorar. Independentemente do prognóstico do paciente neurocrítico, protocolo assistencial implantado deve ser seguido rigorosamente, e isso, proporcionará qualidade e credibilidade no cuidado do doente.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este estudo traz uma revisão bibliográfica, com a finalidade de agrupar e sintetizar o conhecimento já existente sobre o tema. A revisão bibliográfica é um método de pesquisa que permite a utilização de estudos publicados baseado em evidências, e tem como finalidade sintetizar resultados de pesquisas sobre um tema, além de apontar lacunas do conhecimento para realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para a coleta de dados, foram seguidas as seguintes etapas: elaboração da questão norteadora da pesquisa, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos, busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados, avaliação dos estudos incluídos na revisão bibliográfica, interpretação dos resultados e



Artigo

apresentação da revisão/síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Assim, a questão norteadora deste estudo: Quais as devidas atribuições do enfermeiro intensivista ao paciente em morte encefálica?

Para a delimitação da amostra, foram utilizadas como critérios de inclusão: o idioma português, disponibilidade na íntegra e publicação nos últimos cinco anos (2012-2017). Foram excluídos os artigos indisponíveis na íntegra, repetidos, trabalhos de conclusão de curso e dissertações. Foram utilizados os seguintes descritores: Enfermeiro, Atribuições, Morte Encefálica e Doação de Órgãos. A estratégia da pesquisa ocorreu com o uso do indicador booleano AND. Dos 15 artigos encontrados, foram escolhidos 8 que atendiam aos critérios de inclusão e ao objetivo do estudo.

Para o levantamento dos artigos na literatura, realizou-se uma busca no período de setembro a novembro de 2017, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO). É relevante informar, que não foram identificados artigos publicados no ano de 2017 nas bases de dados supracitados, que atendessem as características deste trabalho.

Figura 1. Distribuição do número de artigos encontrados e selecionados nas bases de dados biblioteca SciELO e LILACS.



Fonte: dados de pesquisa, 2017.

Os oito (8) estudos selecionados foram lidos e analisados na íntegra, e os principais aspectos abordados, como cuidados intensivos de enfermagem ao paciente em investigação clínica e/ou morte encefálica, foram categorizados em duas temáticas: perfil clínico do paciente candidato a morte encefálica e procedimentos de enfermagem prestados aos doadores de órgãos e tecidos. Inicialmente, as informações foram comparadas item por item e posteriormente categorizadas e agrupadas de acordo com



Artigo

suas similaridades. Posteriormente, foi efetuada a discussão conforme a literatura pertinente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das publicações selecionadas, buscou-se realizar uma síntese do conhecimento produzido sobre a temática em estudo, a fim de compreender o conhecimento dos enfermeiros frente aos cuidados intensivos a paciente em morte encefálica. Assim sendo, dos oito estudos selecionados, três (37%) foram obtidos por meio do SCIELO e cinco (63%) por meio do LILACS. O quadro a seguir ilustra a caracterização desses estudos, com ênfase a distribuição dos estudos selecionados em planilha:

Quadro 1. Distribuição dos estudos segundo autor, periódico, tipo de estudo, ano e país de publicação.

Autor	Periódico	Tipo de estudo	Ano	País de publicação
FREIRE, I. S. L.; MENDONÇA, A. O. E.; PONTES, V. O.; VASCONCELO S, Q. Q. L. A.; D.; TORRES, G. V.	Rev. Eletr. Enfermagem	Exploratório- descritiva, com abordagem quantitativa	2012	BRASIL
FREIRE, S. G.; FREIRE, I. S.; L.; PINTO, J. M.T. J.;	Esc. Anna Nery Rev. de Enfermagem	Exploratório descritivo com dados prospectivos e abordagem quantitativa	2012	BRASIL



Temas em Saúde

Volume 18, Número 1

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

VASCONCELO S, Q. Q. L. A.; D.; TORRES, G. V.				
GUIMARÃES, J. B.; BARBOSA, N. M.; BATISTA, M. A.; PASSOS, X. S.	Rev. Ins. Ciênc. Saúde	Exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa	2012	BRASIL
PESTANA, A. L.; ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. M. G.	Esc. Anna Nery Rev. de Enfermagem	Pesquisa qualitativa	2012	BRASIL
PESTANA, A, L.; SANTOS, J. G. L.; ERDMANN, R. H.; SILVA, E. L.; ERDMANN, A. L.	Rev. Esc. Enf. USP	Abordagem enxuta	2013	BRASIL
LIMA, C. P. S.; BATISTA, A. O. C.; BARBOSA, S. F. F.	Rev. Eletr. Enfermagem	Estudo descritivo- exploratório com abordagem de análise qualitativa	2013	BRASIL



MORTO, MAS COM O CORAÇÃO BATENDO?

Páginas 171 a 191

Artigo

CAVALCANTE, L. P.; RAMOS, I. C.; ARAÚJO, M. M. A.; ALVES, M. S. D.; BRAGA, V. B. A.	Acta Paul. Enfermagem	Pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa	2014	BRASIL
COSTA, C. R.; COSTA, L. P.; AGUIAR, N.	Rev. Bioética	Revisão bibliográfica com objetivo exploratório	2016	BRASIL

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Como é possível observar, no quadro 1, em relação ao ano de publicação dos estudos inseridos nessa revisão, percebeu-se um maior número de pesquisa entre os anos de 2012 e 2013, com representatividade de cinco (50%) artigos e dois (25%), respectivamente. Em relação aos periódicos, dois (25%) artigos foram publicados na Revista Eletrônica de Enfermagem, dois (25%) na Escola Anna Nery Revista de Enfermagem e um (12,5%) em cada periódico a seguir: Revista do Instituto de Ciências da Saúde, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Acta Paulista de Enfermagem e Revista Bioética.

Foi possível constatar um baixo número de publicações no cenário brasileiro sobre a temática, porém, não recentes. Esse dado permitiu reafirmar a importância de pesquisar sobre o entendimento do diagnóstico da morte encefálica e os cuidados intensivos de enfermagem a um paciente em investigação clínica e/ou ME, refletindo, principalmente, as fragilidades na prática desses profissionais sobre como implementar suas atribuições éticas legais no manejo clínico dos clientes neurocríticos internos na rede hospitalar.

Nesse contexto, a assistência intensiva e sistematizada de enfermagem a pacientes em morte encefálica configura-se, como uma atribuição holística, implementada pela equipe multidisciplinar que atua em Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Torna-se notável, nessa devida atuação, o exercício lícito do enfermeiro responsável por prestar a assistência direta ao possível ou potencial doador de órgãos, bem como seus familiares, tendo suma importância no manejo clínico das repercussões fisiopatológicas próprias da



Artigo

morte encefálica, na monitorização dos sinais vitais e equilíbrio hemodinâmico (CAVALCANTE *et al.*, 2014). No que se refere aos enfoques das publicações inseridas no estudo, emergiram duas categorias temáticas empíricas, que atendem a questão norteadora e ao objetivo deste estudo, a saber: perfil clínico do paciente candidato a morte encefálica e procedimentos de enfermagem prestados aos doadores de órgãos e tecidos.

Categoria 1: Perfil clínico do paciente candidato a morte encefálica

Nessa categoria, foi selecionado o estudo que foca o perfil clínico do paciente que é candidato a investigação clínica da morte encefálica. Dessa forma, foi incluído um estudo, como ilustra o quadro 2:

Quadro 2 – Títulos, objetivos e considerações finais das publicações pertinentes à primeira categoria.

Títulos	Objetivos	Considerações finais
Morte encefálica e cuidados na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante.	Verificar o conhecimento dos profissionais de enfermagem sobre a Morte Encefálica (ME) e a manutenção do Potencial Doador (PD).	O diagnóstico de ME precisa ser entendido e conhecido por todos os profissionais de saúde. O conhecimento prático e científico atual sobre os cuidados de manutenção ao PD, no que se refere aos profissionais de enfermagem, é insuficiente, pouco e superficial.

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Conforme evidencia-se no quadro 2, foi possível detectar que o diagnóstico de morte encefálica precisa ser mais familiarizado e compreendido pelos os enfermeiros e técnicos de enfermagem, desde os princípios dos critérios clínicos para investigação do diagnóstico referido. Além de entender o diagnóstico, é necessário saber todo o processo investigativo até sua conclusão, visando aprimoramento do saber baseado em evidência.



Artigo

No tocante, ao perfil clínico do paciente candidato a morte encefálica, podemos destacar: causa do coma neurológico, classificado na escala de coma de Glasgow 3, ausência de depressores do Sistema Nervoso Central (SNC) respeitando o tempo de meia vida de cada sedativo, sódio sérico dentro dos parâmetros de normalidade, estabilidade hemodinâmica, coma aperceptivo, alteração pupilar, sem incursões respiratória voluntária e temperatura superior a 35°C (FREIRE *et al.*, 2012).

O exercício profissional do enfermeiro na investigação clínicas das características supracitadas é cediço, que possibilitará precocemente uma avaliação clínica ao paciente candidato a morte encefálica, visando agilidade no processo do diagnóstico e a conclusão de todas as etapas do protocolo de morte encefálica em tempo hábil, de forma a promover a viabilidade e qualidade dos órgãos e tecidos para fins de transplantes, caso os familiares autorizem baseado no consentimento livre e esclarecido.

Mediante a definição do perfil clínico do cliente candidato ao protocolo de morte encefálica, a Resolução do Conselho Federal de Medicina, publicada no Diário Oficial da União (DOU) de 21 de agosto de 1997, recomenda seguir o termo de declaração de morte encefálica, a saber: a hipotermia e uso de drogas depressoras do sistema nervoso central devem ser excluídas durante a investigação clínica, o exame, sendo critérios do exame neurológico: coma aperceptivo, pupilas fixas e arreativas, ausência de reflexo córneo-palpebral, ausência de reflexos oculocefálicos, ausência de respostas às provas calóricas, ausência de reflexo de tosse e apneia (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).

É realizado dois exames clínicos respeitando os intervalos mínimos entre as duas avaliações necessárias para a determinação da morte encefálica, serão definidos por faixa etária. Os exames sendo positivos, recomenda-se realizar o exame complementar, posteriormente o termo de declaração de morte encefálica, deverá ser preenchido e assinado pelo médico, e os exames complementares utilizados para diagnóstico da morte encefálica deverão ser arquivados no próprio prontuário do paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).

No que concerne ao diagnóstico de ME, este deve respeitar juridicamente a Resolução nº 1.480/97 do Conselho Federal de Medicina, para todos os clientes candidatos a investigação clínica da morte encefálica. O diagnóstico independe da possibilidade da doação de órgãos e tecidos para transplantes, a notificação da morte encefálica é obrigatória (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997).



Artigo

Categoria 2: Procedimentos de enfermagem prestados aos doadores de órgãos e tecidos

Nessa categoria, foram selecionados os estudos que evidenciam os procedimentos de enfermagem prestados aos potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. Dessa forma, foram incluídos sete estudos, como ilustra o quadro 3 abaixo:

Quadro 3 - Títulos, objetivos e considerações finais das publicações pertinentes à segunda categoria.

Títulos	Objetivos	Considerações Finais
Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes.	Descrever as alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes.	Muitos fatores contribuem para a não efetivação do transplante. Dentre eles estão as alterações fisiológicas ocasionadas pela ME. Dessa forma, é importante que esses eventos sejam detectados e tratados, antes que ocorra a parada cardíaca, estimada como uma das principais causas de não efetivação da doação de órgão e primeira causa deste estudo.
Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica.	Compreender as percepções da equipe de enfermagem em sua atuação no cuidado ao paciente em morte encefálica.	O enfermeiro, responsável pela equipe de enfermagem, deve estar atento ao cuidado realizado pela equipe ao paciente em ME, e orientá-la quanto aos cuidados adequados e seguros para manutenção do potencial doador. Ficou evidente a necessidade de educação continuada para melhor conhecimento e aprimoramento dos cuidados. Pois a qualidade do cuidado é fundamental para um efetivo transplante.
Conhecimento dos enfermeiros sobre condutas na prevenção,	Verificar o conhecimento dos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva	Diante dos resultados apresentados verificou-se que o enfermeiro conhece a importância da manutenção da temperatura corporal para o potencial doador de órgãos e



Artigo

manutenção e no controle da temperatura de potenciais doadores de órgãos.	(UTI) do Hospital de Urgências de Goiânia-GO (HUGO), sobre condutas de enfermagem a serem tomadas no manejo do potencial doador de órgãos, no que se refere à prevenção, manutenção e controle da temperatura.	também a necessidade de se prevenir complicações que podem contribuir para inviabilizar a doação.
A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI.	Identificar o papel da equipe de enfermagem nos cuidados prestados aos pacientes em morte encefálica nas unidades de terapia intensiva, apontando condutas indispensáveis à manutenção do potencial doador, assistência à família e controle de todas as funções vitais até o momento da doação de órgãos.	Como enfermeiros são profissionais que lidam diretamente com pessoas sensibilizadas que precisam de atenção e cuidado, é fundamental também que sejam capazes de prestar esclarecimentos à família, de maneira a facilitar sua compreensão sobre a situação, mas respeitando suas crenças e sentimentos em relação ao falecido e à doação.
Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica.	Desvelar a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica.	O estudo evidenciou que o cuidado ao ser em morte encefálica é caracterizado por desordem e incertezas, fazendo com que o enfermeiro vivencie sentimentos diversos e ambivalentes. A sua complexidade está em compreender a sua singularidade e dialogicidade.



Artigo

Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos.	Apresentar um modelo teórico de organização do cuidado ao paciente em morte encefálica e o processo de doação de órgãos, balizado pelas principais ideias do pensamento Lean que possibilitam a melhoria da produção a partir de ciclos de planejamentos e criação de um ambiente propício para o sucesso da sua implementação.	A partir de um breve resgate foi possível contextualizar o processo de doação com esse novo pensamento que tem sido empregado na área da saúde cuja finalidade é atingir melhores resultados com menor esforço. E para isso utilizou-se as principais ideias do pensamento Lean: manutenção; setup; sistema de informação; treinamento/capacitação/multifuncionalidade ; máquina multifuncional; automação/automática.
Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos.	Analisar a opinião dos enfermeiros sobre os cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos.	Os enfermeiros buscam contemplar as dimensões técnica e bioética do cuidado ao paciente potencial doador de órgãos e sua família, embora reconheçam a complexidade do processo e a necessidade de melhor qualificação e maturidade emocional.

Fonte: dados da pesquisa, 2017.

Conforme se evidencia no quadro 2, foi possível observar nos sete estudos os principais cuidados da enfermagem na manutenção hemodinâmica a paciente com diagnóstico de morte encefálica, bem como a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) com ênfase a administração da comunicação em situação crítica ao responsável legal e familiares do ente querido.

No tocante, a instabilidade hemodinâmica do cliente em processo de investigação clínica do diagnóstico de morte encefálica ou clinicamente com ausência de fluxo sanguíneo encefálico, um estudo revela que as alterações fisiológicas observadas foram: hipotensão arterial, hipotermia, hipernatremia, hiperglicemia, infecção, hipertensão arterial e úlcera de córnea. Algumas dessas alterações fisiopatológicas contribuem significativamente para uma eventual Parada Cardiorrespiratória (PCR), caracterizando como uma das principais causas clínicas de não se efetuar a doação e transplantes de órgão no sistema de saúde pública e privada brasileira (FREIRE *et al.*, 2012).



Artigo

Associando isso, ao enfermeiro incumbe gerenciar, administrar, planejar, executar, supervisionar e avaliar todos os procedimentos intensivos de enfermagem prestados aos pacientes em morte encefálica com possibilidade ou não de doação de órgãos e tecidos para transplantes, sendo relevante orientar ao profissional técnico de enfermagem quanto aos cuidados adequados e seguros para manutenção hemodinâmica do potencial doador. Deste modo, é necessária aplicação da educação continuada em um ensino aprendizagem (LIMA; BATISTA; BARBOSA, 2013).

É relevante o enfermeiro ser um profissional crítico reflexível com embasamento científico, levando em consideração a realidade laboral, visando “capricho” na assistência intensiva ao potencial doador de órgãos, e procurando fazer sempre o melhor ao realizar cuidados ao paciente neurocrítico. É normal acontecer alteração fisiológica quando o paciente inicia o processo de deterioração encefálica, perdendo as funções aferentes e eferentes do tronco encefálico e cérebro.

Porém, cabe ao enfermeiro, intervir nos cuidados intensivos junto aos técnicos de enfermagem e a equipe multiprofissional durante o processo de investigação e após a confirmação do diagnóstico da morte encefálica, no tocante ao equilíbrio hidroeletrólítico, ventilação mecânica, aquecimento passivos, proteção ocular das córneas, mudança de decúbito conforme protocolo, reajustes das drogas vasoativas, administração medicamentosa conforme prescrição médica, profilaxia das infecções hospitalar, bem como implementação de educação continuada e permanente baseadas em casos clínicos e metodologias ativas.

O estudo de Guimarães *et al.*, (2012), observou-se que no processo da morte encefálica, ocorre lesão na região do diencefalo, especificamente no hipotálamo, sendo irreversível e perda da atribuição termorreguladora. Assim, faz-se necessário uma assistencial holística relacionada à prevenção, manutenção e controle da temperatura de potenciais doadores de órgãos. Situações assim, promovem que o paciente neurocrítico entre no estado clínico de hipotermia.

Nessa perspectiva, o enfermeiro intensivista deve conhecer a importância da manutenção clínica da temperatura corporal central e, também, a necessidade de se prevenir contra infecção que podem contribuir diretamente para a inviabilizar a doação de órgãos.

Medidas de aquecimento passivo, podem favorecer os cuidados intensivos ao cliente, a saber: utilização de manta térmica, redução da climatização do ambiente, soro pré-aquecido, infundir líquidos aquecido, foco de luz na região do tórax. É necessário, a mensuração da temperatura a cada duas horas e seu registro no balanço hidroeletrólítico. Esses cuidados visam minimizar a ocorrência da hipotermia, sendo relevante destacar a



Artigo

implementação de protocolos no setor da UTI, bem como segui-los, objetivando minimizar os riscos de infecção, como por exemplo, sepse (GUIMARÃES *et al.*, 2012).

A assistência sistematizada de enfermagem, envolve mudança de decúbito a cada duas horas para evitar lesão por pressão; elevação da cabeceira a 30 graus e realização de gasometria arterial. Além disso, o profissional de enfermagem deve realizar aspiração para melhorar a troca gasosa; avaliação periódica dos acessos, como cateteres; e mensuração dos sinais vitais a cada duas horas, em período de 24 horas. Incumbe ainda ao enfermeiro intensivista avaliar e registrar em prontuário todos os sinais vitais, evolução, diagnóstico e condas de enfermagem; prestar cuidados ao tecido ocular, usando gases umedecidas com soro a 0,9% ou água destilada a cada três horas e orientar aos técnicos de enfermagem a efetuar higienização corporal, a fim de evitar determinados tipos de infecções (COSTA, C; COSTA, L; AGUIAR, 2016).

É importante ressaltar, que o profissional intensivista, deve se atentar para realizar infusão com drogas vasoativas em bomba de infusão contínua, conforme prescrição médica. Deve-se estabelecer ênfase aos parâmetros do ventilador mecânico, promover parâmetros que beneficie o paciente. Distúrbios hidroeletrólíticos são comuns em pacientes com ausência de fluxo sanguíneo encefálico. Entre esses estão distúrbios eletrólíticos, que incluem diminuição de sódio, cálcio, fosfato e magnésio, que necessitam de reposição imediata e adequada (COSTA, C; COSTA, L; AGUIAR, 2016).

Considerando a Resolução do COFEN, nº 557 de 23 de agosto de 2017, que aprova o procedimento de aspiração de vias aéreas em pacientes submetidos a intubação orotraqueal ou traqueostomia na Unidade de Terapia Intensiva, incumbem privativamente ao Enfermeiro, mediante a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

Costa *et. al.*, (p. 372, 2016), destacou-se um olhar de humanização pautado nos aspectos éticos e condutas profissional do enfermeiro, a saber:

Assim, mesmo já não estando vivo, o doador deve ser tratado de forma compassiva, considerando-se a pessoa que foi e que, em decorrência do princípio da dignidade da condição humana, merece respeito como qualquer outro paciente da UTI. Como enfermeiros são profissionais que lidam diretamente com pessoas sensibilizadas que precisam de atenção e cuidado, é fundamental também que sejam capazes de prestar esclarecimentos à família, de maneira a facilitar sua compreensão sobre a situação, mas respeitando suas crenças e sentimentos em relação ao falecido e à doação (COSTA, C; COSTA, L; AGUIAR, p. 372, 2016).



Artigo

É cediço que o profissional enfermeiro, deve seguir as atribuições que lhe compete, é ético, lícito e necessário que desenvolva suas funções autônomas direto com o paciente, com tomada de decisões, visando a segurança do paciente. Nesse sentido, o paciente com morte encefálica sem perspectiva de prognóstico, caso não tenha contraindicação clínica para doação de multiórgãos faz-se necessário investimento clínico para provável doação de órgãos.

Onde muitos enxergam a morte, o profissional de enfermagem deve visualizar vidas a serem salvas, daqueles que se encontram na lista de espera por um transplante. Cabe ao enfermeiro, orientar os técnicos de enfermagem sobre a extrema importância do processo assistencial ao paciente em morte encefálica. Associando a isso, o profissional deve manter um *feedback* contínuo com os familiares, deixando esclarecidos o processo do diagnóstico e o estado clínico do ente querido e, abrindo exceções para horários de visitas.

Outro estudo informa, que a experiência e a prestação do cuidar do paciente em morte encefálica, é relevante compreendê-lo como um ser em sua singularidade, buscando promover rotineiramente diálogo em equipe e com familiares do paciente, sendo necessário o enfermeiro compreender suas atribuições assistenciais e gerencias, organizando os fatores ambivalentes (PESTANA; ERDMANN; SOUSA, 2012).

Pestana *et al.*, (2013), contribuem para esta discussão em tela as principais ideias do pensamento Lean, a saber: manutenção; *setup*; sistema de informação; treinamento e máquina multifuncional. Este pensamento pode contribuir para o processo da viabilização da doação dos órgãos para transplantes, no sentido que a manutenção hemodinâmica é primordial para evitar Paradas Cardiorrespiratórias (PCR) antes da captação dos órgãos, o *setup* permite que o profissional enfermeiro tenha tomada de decisão para organizar a assistência intensiva para o paciente, paralelamente a isso, o sistema de informação poderá auxiliar no cuidado com ênfase do seguimento de protocolo institucional no setor, visando uma padronização, uma assistência inerente a todos os internos.

Com ênfase a treinamento, o pensamento de Lean é nítido nos aspectos da capacitação profissional visando um aprimoramento na habilidade do cuidar. É necessário preparar os funcionários de forma continuada, revisando e facilitando o processo de ensino aprendizagem acerca das diretrizes assistenciais, os protocolos implantados e seu monitoramento. Em relação a máquina multifuncional, promove qualidade e segurança ao paciente, de fácil manipulação, a exemplo, bomba de infusão, ventilador mecânico, leito, aparelho de gasometria arterial, balança, dentre outros para prestarmos assistência sistematizada ao possível ou potencial doador de órgãos. Todos esses investimentos têm



Artigo

que ser embasado nos princípios da humanização, vínculo holístico e ético (PESTANA *et al.*, 2013).

Outros autores observaram que os profissionais enfermeiros, reconhecem a complexidade do processo de doação de órgãos, bem como a pobreza na qualificação profissional e insuficiência na maturidade emocional. Levando em consideração a realidade socioeconômica e cultural brasileira, o método do cuidado holístico desde da identificação do possível doador até a efetivação da doação, depende da contribuição de cada funcionário que na ausência ou proibição da palavra resmungar, torna o processo mais viável. A qualificação e maturidade emocional antes de se inserir no mercado de trabalho dependem intrinsecamente da instituição de ensino que proporciona experiências variadas, para que o futuro profissional tenha subsídios para encarar de maneira consciente a realidade laboral que o espera (CAVALCANTE *et al.*, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho se propôs a descrever as devidas atribuições do enfermeiro intensivista ao paciente em morte encefálica. Assim, o resultado deste estudo aponta que o enfermeiro intensivista desenvolve papel crucial no processo de identificação do paciente neurocrítico, procedimentos de enfermagem na manutenção hemodinâmica e viabilização da doação de órgãos e tecidos para fins de transplante.

Foi constatado um número baixo de pesquisas científicas sobre a temática deste estudo, bem como foi possível detectar que o diagnóstico de morte encefálica precisa ser mais familiarizado e compreendido pelos os enfermeiros, auxiliar e técnicos de enfermagem. Observa-se, ainda, que a equipe de enfermagem se torna fundamental na propagação da informação a sociedade sobre o esclarecimento do conceito da morte encefálica e doação de órgãos, bem como o poder público e instituições de ensino.

Com base na pesquisa aqui apresentada, o trabalho traz as seguintes conclusões: ampliação do debate sobre morte encefálica; promover treinamento com ênfase na identificação dos critérios clínicos para abertura do protocolo de ME e; manutenção hemodinâmica do possível e potencial doador de órgãos.



Artigo

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, T. L. F. D.; MARQUES, I. R. Avanços na monitorização neurológica invasiva: implicações para a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. V. 62, n. 6, p. 894-900, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a15v62n6.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2017, 22:21:08.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transplante de Órgãos**. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/142transplante_de_orgaos.html>. Acesso em: 18 nov. 201, 19:18:13.

CAVALCANTE, L. P.; RAMOS, I. C.; ARAÚJO, M. M. Â.; ALVES, M. S. D.; BRAGA, V. B. A. Cuidados de enfermagem ao paciente em morte encefálica e potencial doador de órgãos. **Acta Paulista de Enfermagem**. V. 27, n. 6, p. 567-72, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0567.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2017, 08:10:32.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Normatiza a atuação da equipe de enfermagem no procedimento de Aspiração de Vias Aéreas**. Resolução nº 557, de 23 de agosto de 2017. Brasília-DF, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05572017_54939.html>. Acesso em: 17 nov. 2017, 15:55:30.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Normatiza a atuação do Enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos**. Resolução nº 292, de 07 de junho de 2004. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resolucao-cofen-2922004_4328.html>. Acesso em: 17 nov. 2017, 15:30:30.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Dispõe sobre a legalidade e o caráter ético da suspensão dos procedimentos de suportes terapêuticos quando da determinação de morte encefálica de indivíduo não-doador**. Resolução CFM nº 1.826/2007. Publicada no D.O.U. de 06 de dezembro de 2007, Seção I, pg. 133. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2007/1826_2007.htm>. Acesso em: 17 nov. 2017, 16:00:32.



Artigo

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Normatiza a determinação de morte encefálica**. Resolução CFM nº 1.480, de 21 de agosto de 1997. Brasília. 21 ago. 1997.

Disponível em:

<http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/1997/1480_1997.htm>. Acesso em: 17 nov. 2017, 20:12:00.

COSTA, C. R.; COSTA, L. P.; AGUIAR, N. A enfermagem e o paciente em morte encefálica na UTI. **Revista Bioética**. Brasília. V. 24, n. 2, p. 368-73, 2016. ISSN 1983-8034. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000200368&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 14 out. 2017, 16:19:08.

FREIRE, S. G.; FREIRE, L. S. L.; PINTO, J. M. T. J.; VASCONCELOS, Q. Q. L. A. D.; TORRES, G. V. Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. **Escola Anna Nery**. V. 16, n 4, p. 761-766, 2012. ISSN 1414-8145. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400017>. Acesso em 09 set. 2017, 14:27:01.

FREIRE, I. S. L. *et al.*, Morte encefálica e cuidados na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. V. 14, n. 4, p. 903-12, 2012. Disponível em: <

<https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/pdf/v14n4a19.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2017, 16:11:13.

GUIMARÃES, J. B. *et al.*, Conhecimento dos enfermeiros sobre condutas na prevenção, manutenção e no controle da temperatura de potenciais doadores de órgãos. **Revista do Instituto de Ciências da Saúde**. V. 30, n. 4, p. 365-8, 2012. ISSN 0104-1894. Disponível em:

<https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p365a368.pdf>. Acesso em 17 set. 2017, 22:12:01.

LIMA, C. P. S.; BATISTA, A. O. C.; BARBOSA, S. F. F. Percepções da equipe de enfermagem no cuidado ao paciente em morte encefálica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. V. 15, n. 3, 2013. ISSN: 1518-1944. Disponível em:

<<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/17497>>. Acesso em: 17 nov. 2017, 17:48:02.



Artigo

MENDES, K. S. D; SILVEIRA, R. P. C. C.; GALVAO, S. M. C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.

Revista Texto & Contexto – Enfermagem. Florianópolis. V17, n.4, 2008. ISSN 1980-265X. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em 18 nov. 2017, 06:10:17

PESTANA, A. L.; ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. M. G. Emergindo a complexidade do cuidado de enfermagem ao ser em morte encefálica. **Escola Anna Nery**. V. 16, n. 4, p.734-740, 2012. ISSN 2177-9465. Disponível em: < http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=811>. Acesso em: 17 out. 2017, 29:12:07.

PESTANA, A. L. *et al.*, Pensamento Lean e cuidado do paciente em morte encefálica no processo de doação de órgãos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. V.47 n.1, 2013. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100033>. Acesso em: 28 out. 2017, 12:11:05.

ROSA, N. M.; LIMA, J. F.; INOUE, K. C. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre neurointensivismo e a influência da educação contínua. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 12, n. 1, 2013. ISSN 1984-7513. Disponível em: <<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/15031>>. Acesso em: 17 nov. 2017, 18:19:12.



Artigo

**PARTO DOMICILIAR ASSISTIDO: ABORDANDO A ATUAÇÃO DO
ENFERMEIRO OBSTETRA**

**ASSISTED HOME WORK: ADDRESSING THE NURSING OF OBSTETRIC
NURSE**

Érika Veras Martins dos Santos¹
Carlos Bezerra de Lima²

RESUMO - Diante das mudanças significativas em todas as áreas da saúde, bem como do interesse da grande população na busca de informações relevantes que trazem bem-estar e saúde de qualidade ao parto domiciliar nos últimos tempos tem tomado conta dos sonhos de várias gestantes que planejam com antecedência um parto que sem dúvidas alguma é de fato um avanço para a obstetrícia em geral, principalmente para os profissionais da enfermagem ligados a esta ramificação tão importante para a saúde da mulher. O objetivo desse estudo é fazer uma análise sobre o que é o parto domiciliar, bem como a importância do acompanhamento pré-natal pelo enfermeiro obstetra. A metodologia é qualitativa, através de um estudo exploratório documental, caracterizado pela pesquisa bibliográfica. As palavras-chaves são: Assistência de Enfermagem, Parto Domiciliar, Enfermeiro Obstetra. O estudo revelou que a vocação ou missão é um fator relevante na motivação dos enfermeiros obstetras, de forma que em meio a tantos desafios e obstáculos, os enfermeiros permanecem atuando incansavelmente, criando novos mecanismos de superação a cada dia.

Descritores: Assistência de Enfermagem. Parto Domiciliar. Enfermeiro Obstetra.

ABSTRACT - Faced with significant changes in all health areas, as well as the interest of the large population in the search for relevant information that brings quality health and well-being to the home delivery in recent times has taken care of the dreams of several

¹ Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Concluinte do Curso de Especialização em Enfermagem e Obstetrícia. Enfermeira da Maternidade e Pediatria do Centro Hospitalar Drº José Evóide de Moura – Afogados da Ingazeira – PE.

² Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Orientador deste estudo.



Artigo

pregnant women who plan ahead A delivery that undoubtedly is indeed a breakthrough for obstetrics in general, especially for nursing professionals linked to this ramification so important for women's health. The objective of this study is to make an analysis about what is home delivery, as well as the importance of prenatal care by the nurse obstetrician. The methodology is qualitative, through an exploratory documentary study, characterized by bibliographic research. Key words are: Nursing Assistance, Home Delivery, Obstetric Nurse. The study revealed that vocation or mission is a relevant factor in the motivation of obstetrician nurses, so that in the midst of so many challenges and obstacles, nurses continue to work tirelessly, creating new coping mechanisms every day.

Keywords: Nursing Assistance. Home birth. Nursing Obstetrician.

INTRODUÇÃO

Com a busca incessante de informações e o avanço consequente da sociedade, bem como das pessoas que dela participam o acesso ao conhecimento se faz necessário para o desenvolvimento da vida social, diante disso o ser social tem buscado de forma minuciosa informações a respeito de vários tratamentos de saúde, bem como de todos as nuances que envolvem esse, e como não poderia ser diferente a gestação e as formas de parto estão evidentemente tomando formas diferentes que causam uma confiança ainda maior para a mulher e consequentemente para o feto.

As gestantes de forma conhecedora tem mostrado a importância do acompanhamento de perto de tudo aquilo que envolve com demasia o dia do parto bem como aquilo que envolve o puerpério que também se faz importante para a boa recuperação do próprio parto em si.

Os profissionais necessários para este momento devem estar ligados a especialização de cada um, pois o conhecimento nesta hora se faz necessário e deve ser levado em consideração aquele profissional que apresenta de fato uma formação direcionada ao acompanhamento do parto, como no caso da pesquisa, no parto domiciliado.

Destarte, este trabalho evidencia a necessidade da participação do enfermeiro obstetra no parto domiciliado a necessidade do conhecimento do mesmo para a intervenção neste momento. Assim, a pesquisa mostrará o que é o parto domiciliar, bem como a importância do acompanhamento pré-natal pelo enfermeiro obstetra, trará ainda quais as vantagens do parto domiciliar para a mãe e para o bebê, levará em consideração



Artigo

ainda a discussão acerca da violência obstétrica e a necessidade da assistência para a mãe e para o recém-nascido.

REFERENCIAL TEÓRICO

Parto domiciliar

Partos domiciliares não é uma prática comum, contemporaneamente, principalmente em grandes centros urbanos. No Brasil há uma larga experiência de partos domiciliares por parteiras nas regiões norte e nordeste, ligadas a tradições culturais de comunidades em lugares onde o acesso à atenção hospitalar é distante, e não habitual (GOMES; 2009).

No Brasil temos ainda poucos estudos sobre a temática, na América do Norte Kennety,C.D&Davis,B.A.(2005) apresentaram um estudo realizado com 5418 gestantes, que planejaram ter seus bebês em casa e para mulheres de baixo risco acompanhadas por parteiras certificadas, evidenciou-se que estão associados a baixas taxas de intervenções. Outro estudo denominado o ABC do trabalho de parto e lugar do nascimento, refere não haver evidências para afirmar que o parto hospitalar é mais seguro para mulheres de baixo risco. (LUKE,Z & CHAMBERLEIN.G, 1999).

A mãe desde o conhecimento da gravidez busca incansavelmente o melhor jeito de dar a luz, este de fato deve ser seguro para a mãe e para o feto. A segurança que a forma de dar a luz ao bebê, acompanha a gravidez com vários questionamentos.

De acordo com a parteira Márcia Koiffman (2016) o parto domiciliar, como o próprio nome já diz, acontece na casa da gestante e pode ser acompanhado por familiares, amigos ou qualquer pessoa que a mulher queira por perto. O fundamental é que se promova um ambiente tranquilo e acolhedor para que a mulher se sinta à vontade e segura. Ressalte-se que o parto domiciliar se faz de forma planejada e minuciosa onde a mulher leva em consideração tudo aquilo que lhe faça bem, como por exemplo, as pessoas que deseja ter por perto e também o lugar em que o mesmo deve ocorrer.

Com base no conhecimento prático, durante séculos o parto vaginal era considerado como um evento familiar, e o acontecimento era vivenciado pela família, sendo que o processo de parturição era realizado pelas parteiras, mulheres do convívio geral e conhecimento da sociedade pela sua experiência (BRENES, 1991). Este conhecimento empírico leva em consideração todo o conhecimento passado de geração para geração que de fato mostra que as mulheres detinham a qualificação não técnica,



Artigo

mas a vivência da própria experiência ao longo dos tempos, quando a mesma passava a fazer partos domiciliares, sem nenhuma formação técnica ou estrutura correta.

Naquele tempo, como cita o autor acima mencionado, o parto vaginal trazia em si um momento em que a mulher deveria estar amparada por pessoas que considerava de confiança e que eram do seu convívio, nestes séculos passados, o pré-natal ainda não existia, fazendo assim do parto domiciliar uma incerteza que varia do sexo do bebê até a recuperação no puerpério. Com os avanços da saúde no Brasil, é notório mostrar que as taxas de mortalidade neonatal diminuíram significativamente ao longo dos anos, pois essas taxas traziam um número assustador que afetavam esse tipo de parto, causando uma insegurança natural para as gestantes.

A mudança do ambiente para o nascimento, no Brasil, trouxe consigo uma gama de avanços tecnológicos que passaram a contribuir para a diminuição das taxas de mortalidade materna e neonatal, trazendo também aumento considerável no número de intervenções no nascimento, como o parto cesáreo. Este tipo de parto passou a ser tratado de maneira eletiva dificultando o processo de humanização no nascimento (MILBRATH; AMESTOY; SOARES; SIQUEIRA, 2010). De fato o parto normal, como conhecido mundialmente, é a maneira natural pela qual a mulher fisiologicamente expulsa do organismo o fruto da concepção. Este fruto deve vir ao mundo com toda segurança possível, pois o parto domiciliar assistido traz grande responsabilidade para o profissional que acompanha a gestante durante a realização do mesmo que também deve estar com sua saúde em segurança para que de fato ocorra tudo dentro do esperado tanto para a mãe e para o feto como para os profissionais que acompanham o mesmo.

Acompanhamento do pré-natal pelo enfermeiro obstetra

O pré-natal é realizado pela enfermeira obstétrica, durante a gestação é realizada no mínimo uma consulta com o médico de referência, e sempre que houver necessidade. Para avaliação da fase que antecede ao trabalho de parto, as consultas são domiciliares (GOMES; 2009). A consulta individual a gestante é um momento especial para o enfermeiro, onde o profissional pode desenvolver todas as ações inerentes a essa atividade com autonomia. Na consulta o enfermeiro documenta em prontuário a história clínica e obstétrica, avaliação de risco gestacional, exame físico e obstétrico, avaliação das mamas e orientação ao preparo para amamentação, orientação aos cuidados com a pele, ausculta dos batimentos cardíofetais, e ainda identificar e orientar sobre as queixas mais frequentes (RIOS; VIERA, 2007). Para estas autoras entre as atividades inerentes a consulta de enfermagem no pré-natal, tem-se o a solicitação e avaliação de exames, inicialmente para



Artigo

o diagnóstico e posteriormente para o acompanhamento da gestação, a mulher deve fazer vários exames de sangue, urina e de imagem. Todos com o objetivo de detectar qualquer alteração ou doença que possa acometer a criança ou comprometer o seu desenvolvimento intrauterino.

Durante o pré-natal os exames complementares são realizados de forma muito frequente e em muitas situações desnecessariamente, dentre os quais, destaca-se a ultrassonografia obstétrica. Pois, tem mulheres que realizaram até cinco exames, mesmo sem uma indicação ou condição específica, que exija um monitoramento mais cuidadoso, como nas gestações de alto risco (SHIMIZU; ROSALES, 2009). Cabe ainda ressaltar que, o enfermeiro obstetra dedica parte do tempo da consulta para ouvir a gestante e esclarecer suas dúvidas, minimizando assim, a insegurança e as ansiedades, dando apoio psicológico. Pois, grande parte das dúvidas é relacionada ao nascimento e medo do parto, inseguranças e incertezas em relação ao companheiro (MEDEIROS; PERES, 2011).

Vantagens do parto domiciliar para a mãe e o bebê

Há informações na literatura revisada neste estudo de que nos finais da década de 1980, as parteiras tradicionais eram responsáveis pelo nascimento de 450 mil crianças por ano no mundo, correspondendo a 18% dos nascimentos anualmente (BRENES AC., 1991). Uma informação de grande relevância já que esse número cria a perspectiva de que o parto domiciliar tem sido significativamente procurado pelas gestantes, apesar do grande número de partos cesarianos.

Para mudar o cenário dos partos hospitalares criou-se um novo modelo denominado parto humanizado. A premissa básica deste é o respeito às escolhas da parturiente, dentro do limite de segurança da mãe e do bebê. Respeita-se sua escolha sobre o local, a posição de parir, as técnicas de manejo não farmacológicas de alívio da dor, etc. Com isso, elas elaboram seu plano de parto refletindo sobre seu papel de protagonista durante o processo parturição (SOUSA; SCHARDOSIM, 2015).

O atendimento ao parto domiciliar planejado inclui atividades iniciadas no pré-natal, a assistência à mulher no parto e pós-parto imediato, até o 10º dia de puerpério. Avalia-se o risco clínico/obstétrico de acordo com um protocolo de atendimento. Quando atendem aos critérios (gestação de risco habitual, com feto único, a termo e em posição cefálica; com até uma cesariana prévia, realizada no mínimo 2 anos antes da gestação atual) iniciam o pré-natal com as enfermeiras. A partir de 37 semanas de gestação o pré-natal passa a ser desenvolvido no domicílio semanalmente até o parto. Desde a primeira consulta são abordados aspectos para a construção de um “plano B” que consiste no



Artigo

planejamento de transferência para o hospital em caso eventual de complicações (KOETTKER; BRÜGGEMANN; DUFLOTH, 2013).

Para estes mesmos autores, o parto domiciliar, quando planejado e assistido por profissionais qualificados, apresenta bons desfechos maternos e neonatais, mesmo quando há transferência intraparto para a instituição hospitalar. Salienta-se que dados encontrados na literatura apontam que nenhum ambiente é isento de riscos para realização do parto, inclusive instituições hospitalares.

Violência obstetra e a assistência para a mãe e seu filho

Nas últimas décadas, as trágicas condições em que se realizam os partos no Brasil constituem fator de grande preocupação dos pesquisadores e defensores do Movimento pela Humanização da Assistência ao Parto. Neste cenário pouco animador, são frequentes a violência institucional e as ditas “práticas e condições desumanizadas”, que se materializam a partir do tratamento hostil, do excesso de intervenções, do uso indiscriminado de medicamentos indutores do trabalho de parto, do desrespeito à autonomia da parturiente, da falta de suporte psicoemocional e da inadequação da estrutura-física às necessidades de privacidade, conforto e apoio familiar, além das precárias condições de trabalho as quais os profissionais da saúde estão submetidos (MENEZES et al., 2012).

Referindo-se ao número excessivo de cesáreas realizadas no Brasil, Rattner (2005), afirma que este passou a ser o método “normal” de parir, contribuindo para aumentar a morbimortalidade materna e perinatal, bem como para a elevação dos gastos desnecessários de recursos. Observa-se que se constituiu um processo de desnaturalização do parto, onde se subentende, no discurso biomédico, a incapacidade de a mulher parir. A intensificação da hospitalização e do intervencionismo no âmbito do parto já provocava debates no campo da saúde desde a década de 50, em especial a partir da difusão da ideia do ‘Parto sem dor’ na Europa, que propunha abolir a dor a partir da utilização de métodos não farmacológicos, como técnicas de respiração e relaxamento, com respeito à anatomia e fisiologia do parto (SOUZA, 2005).

Entende-se por violência obstétrica qualquer ato exercido por profissionais da saúde no que cerne ao corpo e aos processos reprodutivos das mulheres, exprimido através de uma atenção desumanizada, abuso de ações intervencionistas, medicalização e a transformação patológica dos processos de parturição fisiológicos (JUAREZ et al., 2012). Verifica-se que a violência obstétrica pode-se mostrar de diversas formas no trabalho de parto e parto, desde a não explicação e solicitação de autorização para a



Artigo

realização de procedimentos, até a injúria verbal, exprimida por palavras ofensivas, visando impedir a mulher de demonstrar o que estava sentindo no momento antecedente e durante a parturição (GONÇALVES et al., 2011).

Ressalte-se que a violência obstétrica é ainda pouco reconhecida enquanto um ato violento, pois no mesmo momento que ela ocorre, as mulheres estão vivenciando marcantes emoções, que as fazem se calar, sendo necessário abordar os direitos da mulher durante a gestação, parto e pós-parto, especialmente nas consultas de pré-natais, onde tem-se a oportunidade de abordar os variados assuntos e, instrumentaliza-la para à tomada de decisões no que se refere ao seu corpo e a sua parturição, e que ela possa argumentar e denunciar situações de desrespeito (DIAS, 2005).

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo dissertativo, de caráter exploratório com abordagem qualitativa. Trata-se de uma revisão de literatura desenvolvida através da busca de artigos indexados na Biblioteca Virtual de Saúde – BVS, incluindo as bases de dados LILACS, PUBMED, BIREME, SciELO e Google Acadêmico, como também de livros e de periódicos.

Foram adotados, como critério de inclusão, os artigos que apresentavam especificidade com o tema, a problemática do estudo, que contivessem os descritores selecionados, que respeitassem o período supracitado. Foram excluídos os artigos que não tinham relação com o objetivo do estudo e aqueles trabalhos que não foram encontrados na íntegra.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foram os sites de busca dos artigos, pela digitação de descritores que representem tal temática. Também foram utilizados quadros, digitados pelo programa Microsoft Word®, onde foram colocadas as palavras-chave que nortearam os resultados da pesquisa. Por se tratar de uma revisão de literatura e não envolver diretamente seres humanos esta pesquisa não passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa, nem apresenta aspectos éticos, como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fazendo-se um retrocesso na história da obstetrícia observa-se que, em nível assistencial, o Brasil adotou o modelo americano de assistência ao parto, caracterizando-se assim por um processo intervencionista que apoia o enfoque ao risco. Faz-se necessário então, voltar à prática do parto normal, vendo a gestante de uma maneira holística e o parto como um evento fisiológico. Desta maneira a parturiente deve ser acompanhada por profissionais capacitados onde as intervenções ocorram quando necessárias e não de forma rotineira, promovendo sempre o bem-estar da paciente, evitando usar métodos invasivos. Esse processo assistencial é melhor realizado por enfermeiros obstetras que apresentam uma visão holística mais apurada e humana.

O Enfermeiro é um profissional habilitado de forma técnica e científica para a assistência à parturição. Desde 1998, o Ministério da Saúde e suas Secretárias iniciaram estratégias, estabelecendo políticas com enfoque na qualificação de profissionais de Enfermagem e Obstetrícia para atuarem na assistência ao parto vaginal. Financiamento do curso de Especialização em Obstetrícia e portarias para a inclusão do parto realizado pelo Enfermeiro na tabela de pagamento do Sistema Único de Saúde (SUS) foram algumas medidas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde (CAMPOS; LANA, 2007).

A mulher pode partear em ambiente familiar, com a presença de seu acompanhante e na melhor posição que preferir. Esse processo é incentivado pelas enfermeiras obstetras que além de direcionar a assistência para a mãe-filho, também estimula a relação pai-filho. Porém a cultura brasileira pouco se interessa com a relação do pai no ciclo gravídico-puerperal e a sua companheira (RIESCO, 1998). Grande parte das enfermeiras obstétricas que atuam nas grandes cidades vê o parto como um evento natural, se o pré-natal for bem acompanhado e livre de complicações, pode sim, ocorrer dentro ou fora do ambiente hospitalar (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008).

O Ministério da Saúde exercendo seu papel normatizador e regulador implantou um conjunto de ações que, por meio de portarias ministeriais estimula a melhoria da assistência obstétrica, onde tem por finalidade principal reconhecer a assistência prestada pela categoria no contexto da humanização do parto (ARAUJO; OLIVEIRA, 2006).

Neste sentido, justifica-se a escolha pelo parto normal domiciliar, destacando que o parto que evolui de forma fisiológica e natural tem como o melhor cenário o que ambiente possibilita: acolhimento, privacidade, conforto e liberdade (MEDEIROS; SANTOS; SILVA, 2008).



Artigo

CONCLUSÃO

Através da literatura analisada no presente estudo, pode-se perceber a importância da atuação do enfermeiro obstetra no parto domiciliar assistido, onde o parto domiciliar é mais que uma opção, é um desejo da mulher. Para o atendimento de um parto na residência da paciente, faz-se necessário que este profissional seja capacitado para atuar nas urgências e emergências obstétricas e neonatais, bem como a identificação de distócias obstétricas com posterior encaminhamento para um serviço de referência.

Verificamos que o parto domiciliar assistido está se expandindo no território brasileiro, onde anteriormente, esse modelo de atenção ao parto estava centralizado nas regiões rurais, onde estavam distantes de onde localizavam-se os centros urbanos. Pôde-se constatar também, que o parto normal sem distócia realizado por enfermeiros obstétricos, é real e possível. Eles têm muito a contribuir nessa transformação da assistência obstétrica, para tentar torná-la menos intervencionista e mais humanista.

A contribuição do presente estudo está em disponibilizar um conjunto de variáveis sobre a atuação dos enfermeiros obstetras no parto domiciliar assistido, possibilitando assim, a construção e o desenvolvimento de conhecimentos relacionados à temática, além de ampliar a necessidade de aprofundamentos em novos estudos e pesquisas centradas na temática abordada visto que são necessários novos estudos para que se possam entender as complexidades da prática e dos métodos utilizados pelos enfermeiros obstetras durante o parto assistido e suas características gerais.

Conclui-se que apesar de todo respaldo legal da profissão do enfermeiro obstetra, infelizmente ainda são diversas as dificuldades enfrentadas para a atuação de enfermeiros na equipe de saúde do centro obstétrico, sendo assim, necessário um trabalho interdisciplinar para que dissemine o respeito e a valorização dessa categoria profissional.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, N. R. A. S.; OLIVEIRA, S. C. **A visão do profissional médico sobre a atuação da enfermeira obstetra no centro obstétrico de um hospital escola da cidade do recife-pe.** *CogitareEnferm.* Recife: n. 11, v.1, p. 31-38, jan/abr. 2006.

BRENES, A.C. **História da parturição no Brasil, Século XIX.** *Caderno de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v. 7, n.2, 135-149, abr-jun, 1991.



Artigo

CAMPOS, S.E.V.; LANA, F.C.F. **Resultados da assistência ao parto no Centro de Parto Normal Dr. David Capistrano da Costa Filho em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.6, pp. 1349-1359.

CUNHA, M. A.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, F. V. **Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros.** Escola Anna Nery Rev Enfermagem, v. 13, n. 1, p. 145-153. 2009.

DIAS, M. A. B; DOMINGUES, R. M. S. M. **Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto.** Ciência e Saúde Coletiva. v. 10, n.3, p. 699- 705, 2005.

GOMES, M.L. **Parto Domiciliar Planejado.** 10ª Mesa Redonda: Experiências Multidisciplinares Exitosas na Atenção à Mulher no Ciclo gravídico puerperal. VI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Teresina – PI, junho 2009.

GONÇALVES, R; AGUIAR, A. C; MERIGH, B. A. M; JESUS, P. M. C. **Vivenciando o cuidado no contexto de uma cada de parto: o olhar das usuárias.** Revista Escola de Enfermagem USP, v.45; n.1; p. 62-70, 2011.

JUÁREZ, DIANA Y OTRAS. **Violencia sobre las mujeres :herramientas para el trabajo de los equipos comunitarios / Diana Juárez y otras.; edición literaria a cargo de Ángeles Tessio.** - 1a ed. - Buenos Aires :Ministerio de Salud de la Nación, 2012

KENNETY,C.J.& DAVIS B.A.- **Outcomes of planned home births with certificated professional midwives: large prospective study in North America.** British Medical Journal BMJ, June 16;330(7505):1-7.Londres 2005.

Koettker J.G, Brüggemann O.M, Dufloth R.M. **Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais.** Rev. Esc. Enferm. USP 2013; 47(1): 15-21.

LUKE,Z&CHANBERLEING. **Place of Birth.** ABC of labour and care 1999.



Artigo

MENEZES et al. **A situação do parto domiciliar no Brasil.** Revista Enfermagem Contemporânea, Salvador, dez. 2012; 1(1): 3-43.

MEDEIROS, R. M. K.; SANTOS, I. M. M.; SILVA, L. R. **A escolha pelo parto domiciliar: história de vida de mulheres que vivenciaram esta experiência.** Esc. Anna Nery. Rev. Enfermagem, v. 4, n. 12, p. 765-72, dez/2008.

MEDEIROS, Viviane Caroline; PERES, Aida Maris. **Atividades de formação do enfermeiro no âmbito da atenção básica à saúde.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 20, n. spe, 2011 .

MILBRATH, V.M.; AMESTOY S.C.; SOARES, D.C.; SIQUEIRA, H.C.H. **Vivências maternas sobre a assistência recebida no processo de parturição.** Escola Anna Nery RevEnferm [online] 2010, v.14, n.3, pp. 462-467. ISSN:1414-8145. Disponível: Enfermería Global Nº 27 Julio 2012 Página 317 <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a05.pdf>, acessado em 03 de jun de 2017.

RIESCO, M. L. G. **Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira.** Revista Latino Americana de Enfermagem, v.6, n. 2, p. 13-15, abril 1998.

Rattner D. **ReHuNa: mais de dez anos de uma trajetória luminosa.** In: Rattner D, Trench B, organizadores. Humanizando nascimentos e partos. São Paulo: Editora Senac; 2005.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, v.12, n. 2, pp. 477-486, 2007.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. **As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem.** RevBrasEnferm, v. 62, n. 3, p. 387-392. 2009.

SOUZA H.R. **A arte de nascer em casa: Um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo [Dissertação de Mestrado].** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Antropologia Social; 2005.



Temas em Saúde

Volume 18, Número 1

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

SOUSA, K. L. G.; SCHARDOSIM, J. M. **PARTO DOMICILIAR NO BRASIL: uma revisão integrativa.** 2015

SHIMIZU, Helena Eri; ROSALES, Carlos. **As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde?.** Rev. bras. enferm. 2009, v.62, n.3, p. 424-429



PARTO DOMICILIAR ASSISTIDO: ABORDANDO A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA

Páginas 192 a 203

Artigo

**CONHECIMENTO E PRÁTICAS DOS PAIS EM RELAÇÃO À PREVENÇÃO
DA CÁRIE DENTÁRIA**

**PARENTS' KNOWLEDGE AND PRACTICES REGARDING DENTAL CARIES
PREVENTION**

Mailany do Nascimento Farias¹

Hermanda Barbosa Rodrigues²

Nilson Neto de Araújo Morais³

Ítalo Cardoso dos Santos⁴

Sammia Anacleto de Albuquerque Pinheiro⁵

RESUMO - A cárie dentária é uma doença multifatorial, infecciosa, transmissível e sacarose dependente. Para sua instalação, é necessária a interação entre microrganismos patogênicos e dieta cariogênica, num hospedeiro susceptível, durante certo período de tempo. Além dos aspectos biológicos e comportamentais envolvidos no adoecimento bucal, existe a influência dos comportamentos sociais, hábitos culturais e da qualidade de vida nas condições de saúde bucal dos indivíduos. Assim, o contexto familiar é reconhecido como relevante na promoção de saúde, devido ao seu papel no desenvolvimento infantil. Este estudo teve como objetivo principal verificar os conhecimentos e práticas dos pais ou responsáveis em relação a doença cárie nos seus

¹ Cirurgiã-Dentista pela Faculdades Integradas de Patos, Patos-PB, Brasil; E-mail: mai.lanyfarias@hotmail.com

² Docente do curso de Bacharelado em Odontologia das Faculdades Integradas de Patos, Patos, PB, Brasil. Doutora em Odontologia pela Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo-SP.; E-mail: mandinhabelle@hotmail.com

³ Médico e Docente do curso de Medicina das Faculdades Integradas de Patos, Patos, PB, Brasil; E-mail: drnneto@gmail.com

⁴ Mestrando em Periodontia pela Faculdade São Leopoldo Mandic, SLMandic-SP, E-mail: italocardoso1993@hotmail.com

⁵ Docente do curso de Bacharelado em Odontologia das Faculdades Integradas de Patos, Patos, PB, Brasil. Doutora em Odontologia pela Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo-SP. E-mail: sammiaanacletoo@hotmail.com



Artigo

filhos, com idade de 0 a 5 anos, atendidos na Unidade Básica de Saúde Vila Mariana, na cidade de Patos PB. Estudo descritivo com abordagem quantitativa, com uma amostra composta por 70 pais ou responsáveis. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário, com formulário semiestruturado, respondido na sala de espera da unidade, contendo perguntas objetivas, relativas a dados socioeconômicos e culturais dos pais e conhecimento sobre saúde bucal na infância. Observou-se que 100% dos entrevistados era do sexo feminino, 80% tinha renda de até um salário mínimo, 76% não acham possível uma criança crescer sem cárie dentária, 73% relataram nunca ter levado o filho ao dentista, a cárie dentária é considerada uma bactéria para 86% dos entrevistados. Pôde-se concluir que a maioria dos pais ou responsáveis não possuem conhecimentos adequados ou não praticam de forma correta medidas preventivas contra a cárie dentária, evidenciando a necessidade da implementação de programas de educação continuada sobre o tema. O nível de conhecimentos deles sobre higiene oral é insuficiente. Foi verificado pouco interesse por parte dos pais ou responsáveis, em relação a manutenção da condição de saúde bucal de seus filhos, mostrando a necessidade de ações educativas voltadas a primeira infância e que sejam priorizadas na atenção a saúde, de forma a incluir os responsáveis pelas crianças, uma vez que a família tem grande impacto no desenvolvimento de hábitos de saúde bucal da criança.

Palavras-chave: Cárie dentária. Pais. Prevenção e controle.

ABSTRACT - Dental caries is a multifactorial, infectious, transmissible and sucrose dependent disease. For its installation, it is necessary the interaction between pathogenic microorganisms and cariogenic diet, in a susceptible host, during a certain period of time. It is known that, in addition to the biological and behavioral aspects involved in oral disease, there is the influence of social behaviors, cultural habits and quality of life in the oral health conditions of individuals. Thus, the family context is recognized as relevant in health promotion because of its role in child development. The main objective of this study was to verify the knowledge and practices of parents or guardians in relation to caries disease in their children, aged 0 to 5 years, attended at the Vila Mariana Basic Health Unit, in the city of Patos - PB. Descriptive study with quantitative approach, with a sample composed of 70 parents or guardians. As a data collection instrument, a questionnaire was used, with a semistructured form, answered in the waiting room of the unit, containing objective questions related to socioeconomic and cultural data of the parents and knowledge about oral health in childhood. It was observed that 100% of the



Artigo

interviewees were female, 80% had income of up to one minimum wage, 76% did not find it possible for a child to grow without dental caries, 73% reported never having taken the child to the dentist, is considered a bacterium for 86% of the interviewees. It can be concluded that most of the parents or guardians do not have adequate knowledge or do not correctly practice preventive measures against dental caries, evidencing the need to implement continuing education programs on the subject. Their level of oral hygiene is insufficient. There was little interest on the part of parents or guardians regarding the maintenance of the oral health status of their children, showing the need for educational actions focused on early childhood and prioritized in health care, in order to include those responsible for Children, since the family has great impact on the development of oral health habits of the child.

Keywords: Dental caries. Parents. Prevention and control.

INTRODUÇÃO

A saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um estado de completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade. A saúde bucal é parte integrante da saúde geral e essencial para qualidade de vida do indivíduo. Ter saúde bucal não implica apenas possuir dentes, mas sim, dentes e gengivas saudáveis. O meio pelo qual nos alimentamos e nos comunicamos é a boca. Ela proporciona mastigação, deglutição e comunicação adequadas, propiciando a interligação entre os diversos sistemas do corpo. O ambiente em que vive, o nível de informações que possui, o acesso ao tratamento e a educação são refletidos pela saúde do indivíduo (SIQUEIRA et al., 2009).

A cárie dentária é uma doença infecciosa, oportunista, de caráter multifatorial, que decorre de um processo social, onde outros fatores podem influenciar o seu aparecimento, como sexo, idade, nível socioeconômico e condições geral de saúde (WEINE; HARARI. 2001). Na maioria das vezes, apresenta uma destruição progressiva e centrípeta dos tecidos mineralizados dos dentes, sendo considerada como o principal problema de saúde pública em países industrializados, atinge cerca de 60 a 90% de crianças na idade escolar (ASSUNÇÃO et al., 2015).

Nas últimas décadas, houve uma alteração na distribuição da cárie dentária, onde ocorreu uma diminuição substancial de sua prevalência. As explicações mais prováveis desta mudança estão na utilização de fluoretos, que tornam as estruturas dentárias menos



Artigo

susceptíveis as lesões de cárie e o acesso a informações por parte dos indivíduos sobre a prevenção de doenças e controle da saúde bucal. Contudo, apesar desta evolução, a cárie dentária continua sendo considerada uma doença epidêmica e de difícil controle (SORAGGI et al., 2007).

O uso de fluoretos, o acesso a informações e o tratamento restaurador, isoladamente, irão funcionar apenas como um paliativo e frequentemente, algum tempo após ser concluído, é provável encontrar recidivas de cárie e novas lesões em regiões não afetadas anteriormente. Sendo assim, o tratamento curativo sem dúvida deve estar aliado à adoção de medidas preventivas, buscando evitar o aparecimento de novas lesões, paralisando o processo nos estágios iniciais de descalcificação (SORAGGI et al., 2007).

A saúde dos indivíduos, em especial, a saúde bucal, está diretamente expressa pelas condições do meio no qual eles vivem e principalmente como se estabelece os relacionamentos interpessoais e familiares (FAUSTINO-SILVA et al., 2008).

O Ambiente familiar é o espaço central da vivência interna, onde são transmitidos e preservados normas e valores morais, culturais e éticos da sociedade, que irão ser responsáveis por dar ao indivíduo a formação da identidade, moldar a personalidade bem como os hábitos e costumes. Dessa forma, o exemplo estabelecido pela família tem grande importância no que se refere ao desenvolvimento de hábitos e costumes de saúde bucal na criança (RATACASO, 2007; FAUSTINO-SILVA et al., 2008).

A infância é o período que pode ser considerado o mais importante para o futuro da saúde bucal do indivíduo. As noções e os hábitos de cuidados com a saúde devem começar a se formar na infância, permitindo assim que as ações educativas implementadas mais adiante baseiem-se no reforço das rotinas já estabelecidas. Torna-se importante, para tanto, chegar a efetividade do esforço educativo, uma abordagem integrada e multiprofissional incluindo profissionais de saúde em geral e os meios de comunicação social (FREIRE et al., 2000; FRANCHIN et al., 2006).

A relação de variáveis tais como escolaridade e ocupação dos pais, renda, moradia e grupos socioeconômicos com a experiência da doença cárie na infância demonstra haver um processo em andamento na busca por uma explicação para uma extensa ocorrência desta doença entre as populações assim como variações no seu padrão (TOMITA et al., 1996).

Portanto, buscar a reflexão sobre o papel do cuidador em relação aos hábitos das crianças é considerado um dos primeiros passos para se ter sucesso na reflexão sobre hábitos saudáveis em saúde. A partir dessa busca, propôs-se nesta pesquisa, conhecer o grau de percepção e práticas diárias dos pais e responsáveis no cuidado da saúde bucal de



Artigo

seus filhos, assim como desenvolver estratégias de educação em saúde bucal voltada para os mesmos.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi enviada e submetida à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), das Faculdades Integradas de Patos, aprovada com número de Protocolo CAAE: 35059314.4.4.0000.5181 e realizada mediante autorização da Secretaria Municipal de saúde, levando também em consideração os aspectos éticos envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução nº 466/2012 emitida pelo Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, a qual assegura a garantia de que a privacidade do sujeito seja preservada.

Para a realização deste trabalho, adotou-se a pesquisa descritiva e exploratória, com uma abordagem quantitativa. Foi realizada uma pesquisa de campo na Unidade Básica de Saúde Vila Mariana, a qual atende 287 famílias, localizada no bairro Vila Mariana, Distrito Geográfico de Área 1 (DGA), na cidade de Patos no estado da Paraíba. O referido município encontra-se localizado na microrregião de Patos na mesorregião do Sertão Paraibano. Patos é distante 307 km de João Pessoa, sua sede localiza-se no centro do estado com vetores viários interligando-o com toda a Paraíba e viabilizando o acesso aos Estados do Rio Grande do Norte, Pernambuco e Ceará. A população foi estimada em 105.531 habitantes, 3ª cidade polo do estado da Paraíba, considerando sua importância socioeconômica (IBGE, 2014).

O universo da pesquisa consiste nos pais ou responsáveis, cuidadores de crianças de 0 a 5 anos de idade, da cobertura da área da Unidade de saúde Vila Mariana, Distrito Geográfico Ambiental 1, que de acordo com informações colhidas, através dos prontuários dos pacientes cadastrados na Unidade é em torno de 70, deste universo, retirou-se a amostra que foi igual ao universo, constituindo 70 pais ou responsáveis que foram a unidade de saúde no período de junho a setembro de 2014.

Foram incluídas no estudo os pais ou responsáveis que aceitaram participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Em relação a exclusão, não houve nenhum participante que tenha se negado ou não tenha sido convidado a participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário, utilizando um formulário semiestruturado com perguntas fechadas, que engloba perguntas objetivas acerca dos objetivos propostos o qual permitiu uma coleta de informações de forma



Artigo

organizada, e que facilitou a avaliação dos dados, tomou-se como base o artigo de Oliveira e Forte (2011). As perguntas foram estruturadas para obter dados da percepção dos pais ou responsáveis sobre o conhecimento e práticas em relação à prevenção da cárie nos seus filhos e a relação dos fatores socioeconômicos e demográficos na ocorrência da doença.

Após a explicação dos objetivos do estudo, os pais foram convidados a participar da pesquisa e, os que aceitaram, assinaram um Termo de Consentimento Livre Esclarecido. O questionário foi respondido na sala de espera da unidade de saúde. O tempo de duração das respostas foi em torno de 5 min, de forma que não atrapalhou a rotina dos atendimentos na unidade.

As respostas coletadas nas entrevistas, com auxílio do formulário, foram tabuladas em uma planilha do Microsoft Excel, formando um banco de dados. As variáveis quantitativas foram calculadas por porcentagem, verificando a frequência das respostas de cada questão.

RESULTADOS

Tabela 1 – Distribuição dos dados socioeconômicos e demográficos, segundo as variáveis do estudo. Patos – PB, 2014.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino		0
Feminino	0	100
	70	
Total	70	100
Idade		
15 a 25		37
26 a 35	26	43
36 a 45		14
Mais de 46	30	6
	10	
	4	



Artigo

Total	70	100
Anos de Estudo		
Sem instrução		
Até 8 anos	1	1
Mais de 8 anos	34	49
	35	50
Total	70	100
Moradia		
Própria		
Alugada	44	63
Cedida	19	27
	7	10
Total	70	100
Renda familiar		
Até 1 salário		
De 1 a 2 salários	56	80
Mais de 2 salários	13	19
	1	1
Total	70	100

Analisando os dados contidos na tabela 1, observa-se que 100% das pessoas entrevistadas eram do sexo feminino. Em relação a idade dos participantes 43% das entrevistadas tinham idade entre 26 e 35 anos, 37% tinham entre 15 e 25 anos, 14% tinham entre 36 e 45 anos e apenas 6% tinham mais de 46 anos de idade. Em relação aos anos de estudo, 50% das pessoas entrevistadas tinham estudado mais de oito anos, porém,



Artigo

não concluíram seus estudos, 49% estudaram até oito anos e apenas 1% não tinham instrução alguma. No que diz respeito a moradia, 63% residem em casa própria, 27% em casa alugada e 10% residem em casa cedidas por alguém. Quando questionados sobre a renda familiar 80% dos entrevistados disseram que recebem até um salário mínimo ou menos, 19% recebem de um a dois salários e apenas 1% recebe mais de dois salários mínimos.

Tabela 2- Percepção dos pais ou responsáveis sobre a saúde bucal dos filhos. Patos – PB, 2014.

Variáveis	N	%
Quem orientou quanto aos cuidados com os dentes na infância		
Através da mãe		50
Na escola	35	24
Outras pessoas		7
Não teve orientação	17	19
	5	
	13	
Total	70	100
Quando se deve iniciar a limpeza da boca		
Logo após o nascimento		
Quando nasce o primeiro dentinho	38	54
Quando inicia a alimentação sólida	23	33
Não sabe	9	13
	0	0



Artigo

Total	70	100
Acha possível uma criança crescer sem cárie		
Sim		
Não	17	24
Não sabe	53	76
	0	0
Total	70	100
Higieniza a boca da criança		
Sim	63	90
Não		
As vezes	5	7
	2	3
Total	70	100
Quantas vezes ao dia limpa a boca da criança		
Não faz		5 7
1 vez		
2 vezes	18	26
3 vezes ou mais	22	31
	25	36
Total	70	100
Já levou o filho ao dentista		
Sim		
Não	19	27



Artigo

	51	73
Total	70	100
Você acha que é possível transmitir doenças para seu filho pela boca		
Sim		64
Não		6 91
		9
Total	70	100

Foi identificado, conforme a tabela 2, que 50% das participantes disseram ter sido a mãe a principal responsável pela orientação das mesmas quanto aos cuidados com os dentes durante a infância, 24% afirmam que receberam orientação na escola, 7% através de outras pessoas, 19% afirmaram que não tiveram nenhuma orientação quanto aos cuidados com os dentes durante a infância. No que se refere aos conhecimentos e cuidados com a saúde bucal do filho, perguntou-se a época em que se deve iniciar a limpeza da boca de uma criança, 54% das entrevistadas responderam que deve-se iniciar a limpeza logo após o nascimento, 33% responderam quando nasce o 1º dentinho, 13% afirmaram que a limpeza da boca deve se iniciar quando começa a alimentação sólida. Quando questionadas sobre a possibilidade de uma criança crescer sem cárie, a grande maioria, 76% afirmaram que não acham possível esse fato ocorrer, 24% afirmaram que existia a possibilidade de uma criança crescer sem cárie, apesar de muito raro. No que se refere a higienização da boca da criança, 90% afirmam limpar os dentes do filho, 7% não limpam e 3% afirmam limpar às vezes a boca de suas crianças. Em relação a pergunta referida a quantidade de vezes ao dia que limpam a boca da criança, 36% afirmam limpar três vezes ou mais, 31% limpam duas vezes, 26% realizam 1 vez ao dia e 7% não faz nenhum tipo de limpeza na boca da criança. Em relação a levar o filho ao dentista, 73% das entrevistadas afirmam que nunca levaram o filho ao dentista, apenas 27% relatam ter levado alguma vez o filho ao dentista. Foi perguntado ainda às mães se elas acreditam que os pais poderiam transmitir algumas doenças da boca para seus filhos e verificou-se que 91% entendem que sim, enquanto 9% acham que não é possível.



Artigo

Tabela 3 –Distribuição da amostra quanto a Categorização da pergunta sobre a cárie dentária. Patos – PB, 2014.

Variáveis	N	%
O que é cárie dentária		
Total	70	100
Transmissão de Cárie dentária entre pais e filhos		
Dividindo a mesma		
Chupeta	2	3
Beijo		
Mesma escova		
Falando Perto da criança	0	0
Falta de higiene	11	16
	3	4
	54	77
Total	70	100
Formas de higienização bucal		
Não realiza		
Escova e pasta adulto	4	6
Escova e pasta infantil		8
Cotonetes	6	
Fralda Mijada		69
Fralda e água ou pasta	48	
Água apenas		3
Mel rosado	2	
		0
	0	13
	9	



Artigo

	1	1
	0	0
Total	70	100

Analisando os dados contidos na tabela 3, foi identificado o conceito de cárie dentária por parte das participantes, onde 86% responderam que a cárie dentária é uma bactéria, 8% responderam que a cárie é uma alteração de cor e forma dos dentes e 6% afirmam ser uma doença. Em relação a forma de transmissão da cárie dentária entre pais e filhos, 77% das participantes afirmam este fato com a falta de higiene, 16% acreditam que essa transmissão ocorre dividindo a mesma escova, 4% acham que ocorre falando perto da criança e 3% alegam a transmissibilidade da cárie dentária entre pais e filhos ao fato de dividir a mesma comida. Quando questionados sobre as formas de higiene bucal ao qual realizam em seus filhos, 69% responderam que realizam com escova e pasta infantil, 13% realizam com fralda e água ou pasta, 8% com escova e pasta de adulto, 6% não realizam nenhuma forma de higienização oral em seus filhos e 1% responderam que o fazem apenas com água.

DISCUSSÃO

A cárie dentária, apesar da sua redução ao longo dos tempos, ainda é considerada um problema de saúde pública, e é registrada diariamente nas unidades básicas de saúde, especialmente em crianças pequenas. E esta realidade motivou o interesse da escolha do tema do estudo realizado. Ao buscar na literatura a teoria pertinente ao assunto sobre os conhecimentos de pais quanto a prevenção da cárie dentária e fatores risco associados, constatou-se vários trabalhos mostrando a alta prevalência de cárie em crianças, cujas famílias apresentam condições socioeconômicas baixas, bem como a falta de conhecimento da população leiga, principalmente por parte dos responsáveis pelas suas crianças, visto que o ambiente familiar é responsável pela formação de hábitos e costumes de um indivíduo.

No presente estudo, 100% da amostra era do sexo feminino, corroborando com estudo de Faustino-Silva et al. (2008), realizado em um centro de saúde de Porto Alegre, RS, onde 86% dos entrevistados era composto pelo sexo feminino, mostrando, o papel de



Artigo

destaque da figura materna no cuidado com a saúde geral e bucal da criança no estabelecimento de hábitos e costumes de higiene. Sobre a idade das participantes a faixa etária mais comum foi observada entre 26 e 36 anos, alcançando resultados semelhantes ao estudo de Ferreira et al. (2014), onde a maioria das participantes apresentava faixa etária mais comum também entre 26 e 36 anos de idade.

Na questão sobre a quantidade de anos estudados, 50% responderam mais de oito anos de estudo, porém relatam ter o ensino médio incompleto, o que não foi observado no estudo de Oliveira e Forte (2011) e Ferreira et al. (2014) onde mostraram que a maioria das voluntárias 57% e 51% respectivamente, tinham menos de oito anos de estudo. Estudos relatam que crianças cujas mães apresentam escolaridade igual ou inferior ao ensino médio incompleto possuem maior proporção de cárie. Tais resultados demonstram a influência da educação e do acesso à informação materna no cuidado bucal de seus filhos, como afirma Almeida et al. (2010).

Ainda na tabela 1, em relação a moradia, 63% afirmaram morar em casa própria, este fato deve-se a doação de terrenos e materiais de construção pela prefeitura municipal da cidade a população local, possibilitando a maioria residir em casa própria, resultado semelhante observado no estudo de Oliveira e Forte (2011), onde 57% residia em casa própria. Em se tratando da renda familiar, neste estudo foi observado que a maioria 80%, possuem renda de até 1 salário mínimo, corroborando com o estudo de Barros et al. (2001), onde 72,5% dos entrevistados possuíam renda semelhante, e com o estudo de Soraggi et al. (2007), onde apenas 7,1% dos entrevistados possuíam renda acima de três salários mínimos, mostrando que a renda é forte determinante nos padrões de saúde bucal e esses cuidados estão diretamente relacionados.

No enfoque de percepção dos pais ou responsáveis sobre saúde bucal dos filhos, no estudo, ao serem questionadas sobre a orientação quanto aos cuidados com os dentes na infância, 50% responderam que receberam orientação através da mãe, o que não foi observado no estudo de Cruz et al. (2004), realizado no Hospital Alcides Carneiro, em Campina Grande PB, onde foi relatado pela maioria (61%), que receberam orientações sobre saúde bucal através do pediatra. Essa evolução sugere, a facilidade ao acesso a informação por parte das mães, ainda de maneira limitada, porém transmitida aos filhos, visto que a família serve de modelo para a criança e é na infância que bons hábitos de higiene bucal e de dieta são adquiridos.

Em relação ao período que deve-se iniciar a limpeza da boca da criança, 54% responderam que deve ser logo após o nascimento, semelhante aos resultados descritos também por Cruz et al. (2004) e Faustino-Silva et al. (2008), denotando conhecimento sobre o assunto por parte dos entrevistados e corroborando com pensamento de Ferreira



Artigo

et al. (2014), a orientação profissional de adequar o meio bucal pela limpeza mecânica ou químico-mecânica, cria um vínculo favorável entre pais e criança na transmissão de hábitos adequados. Este fato positivo também pode estar relacionado ao esclarecimento transmitido pela mídia.

Um dos dados preocupantes constatados através da pesquisa é em relação a pergunta se as entrevistadas acham possível uma criança crescer sem cárie dentária, 76% responderam que não, resultado semelhante foi encontrado na pesquisa de Oliveira e Forte (2011), onde 62,5%, entendem não ser possível uma criança crescer sem cárie, mostrando a falta de informações por parte dessa maioria. É importante ficar claro que a cárie dentária é uma doença e não algo normal que vai ser adquirido ao longo da vida, é muito comum deparar-se com esse pensamento de algo natural, o que irá se refletir diretamente no decorrer da formação da criança, influenciando as práticas e condutas de higiene tanto dos pais quanto dos filhos.

Quanto à realização de higiene da boca da criança, 90% afirma fazê-la, e quando questionadas quanto à frequência, apenas 36% afirma escovar os dentes do filho três vezes ao dia, resultado semelhante também no estudo de Soraggi et al. (2007), realizado em Niterói -RJ, onde pôde-se observar a frequência de escovação de três a quatro vezes ao dia em 58,6%, em contrapartida resultados diferentes foram vistos no estudo de Lopes et al. (2009), onde 43,61% afirmam realizar apenas uma escovação diária ou não a realizam. Orienta-se que a limpeza da boca deve-se iniciar antes do irrompimento dos dentes. Em relação ao uso da escova, pode ser utilizada a partir do surgimento dos primeiros dentes, onde um adulto será responsável por essa limpeza diária. As mães precisam ter a consciência de que quanto mais cedo elas começarem a higienizar a boca da criança, menor vai ser a chance da criança apresentar algum problema na cavidade bucal.

Outro dado preocupante constatado na pesquisa foi observado na tabela 2, onde as mães quando questionadas se já haviam levado o filho ao dentista, 73% responderam que nunca haviam levado o filho ao dentista, no estudo de Fadel (2009), 45,2% das mães afirmaram nunca ter consultado um cirurgião dentista. A não procura revela um dado preocupante, evidenciando a necessidade de participação ativa por parte dos profissionais de saúde em estratégias de promoção de saúde em âmbito coletivo, incluindo educação em saúde bucal na primeira infância.

Ao serem questionadas da possibilidade de transmitir doenças para seus filhos pela boca, 91% das mães responderam que sim, alegando essa transmissão apenas a doenças respiratórias e não a transmissibilidade da cárie dentária, no estudo de Ferreira et al. (2014), 51,4% também desconhece o fato da cárie ser transmitida de mãe para filho,



Artigo

relacionando a transmissão apenas a outras doenças, o que denota conhecimento inadequado sobre o assunto, onde Ferreira et al. (2014) afirma no seu estudo que a mãe é a principal fonte de transmissão de bactérias cariogênicas para seus filhos.

Na tabela 3, distribuição da amostra quanto a categorização da pergunta sobre cárie dentária, foi perguntado as entrevistadas o que é a cárie dentária, 86% responderam que a cárie é uma bactéria, demonstrando conhecimento incompleto acerca do assunto. No estudo de Barros et al. (2001), aproximadamente 80% dos entrevistados consideram a cárie dentária como uma doença. É muito importante a orientação dos profissionais a respeito dos fatores etiológicos da cárie dentária para a população, pois a população ainda tem uma visão sobre a cárie, como oriunda de apenas um fator etiológico isolado e não como doença infecciosa de caráter multifatorial que resulta da interação de três fatores primários no indivíduo: microrganismo, substrato, hospedeiro susceptível e ainda fatores moduladores da doença como a saliva e tempo, como afirma Almeida et al. (2010).

Com relação à transmissão de cárie dentária entre pais e filhos, 77% acreditam ser devido à falta de higiene, o que denota a total falta de conhecimento sobre como se transmite a cárie, no estudo de Oliveira e Forte (2011), foram encontrados resultados divergentes, onde a maioria, (41,9%) associam a transmissibilidade da cárie ao compartilhamento de alimentos entre pais e filhos. Orienta-se que a mãe evite esfriar os alimentos do bebê soprando, a falar muito próximo da boca da criança, não compartilhar colheres com a criança, enfim, evitar usar os utensílios das crianças como prevenção à transmissão de microrganismos causadores da cárie dentária, pois se a mãe tiver na saliva altos níveis de bactérias cariogênicas certamente essas bactérias serão transmitidas à criança e irão se fixar na boca do bebê principalmente após a erupção dos primeiros dentes.

Quanto às formas de higienização bucal realizadas, 69% utilizam escova e pasta infantil, seguido de fralda e água, corroborando com o estudo de Cruz et al. (2010), onde apresentou resultados semelhantes (68%), já no estudo de Oliveira e Forte (2011), esses resultados foram semelhantes em relação a utilização de escova e pasta infantil como forma de higienização, 35%, porém diferem em relação ao uso de escova e pasta adulto em 30,4% dos entrevistados. Deve-se ficar claro que higiene bucal deve ser iniciada antes do irrompimento dos dentes decíduos, com gaze ou fralda úmida com água filtrada ou fervida removendo os detritos da alimentação da língua, bochecha e gengivas. Após a erupção dos dentes decíduos deverá iniciar a escovação dos dentes com escova macia e de pequeno tamanho, o mais precocemente possível, deve-se usar pouco dentífrico, tomando cuidado com a sua ingestão.



Artigo

CONCLUSÕES

Pela análise dos resultados obtidos com este estudo, conclui-se que:

- ✓ Em sua maioria, os pais ou responsáveis não possuem conhecimentos adequados ou não praticam de forma correta medidas preventivas contra a cárie dentária;
- ✓ O nível de conhecimentos dos pais ou responsáveis sobre higiene oral é insuficiente;
- ✓ Foi verificado pouco interesse por parte dos pais ou responsáveis, em relação à manutenção da condição de saúde bucal de seus filhos;
- ✓ O Perfil socioeconômico dos pais observado na pesquisa foi 100% dos entrevistados era do sexo feminino, 43%, tinham idade entre 26 e 35 anos, 50% tinham estudado mais de oito anos, 63% residem em casa própria, 80% tinha renda de até um salário mínimo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. F.; COUTO, M. C.; OLIVEIRA, M. S.; RIBEIRO, M. B.; VIANNA, M. I. P. Ocorrência de cárie dentária e fatores associados em crianças de 24 a 60 meses residentes em áreas cobertas pelo Programa Saúde da Família, em Salvador -BA, 2008, **Rev. Odontol. UNESP**. Araraquara. v. 39, n. 6, p. 355-362. 2010.

ASSUNÇÃO, L. R. S.; VIELLA, K. D.; ROCHA, D. P.; MENEZES, S. L.; PINHEIRO, R. D. P. S.; NASCIMENTO, L. S.; PINHEIRO, H. H. C. Epidemiologia da cárie dentária em crianças da primeira infância no município de Belém, PA. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 69, n. 1, p. 74-79, 2015.

BARROS, S. G.; CASTRO ALVES, A.; PUGLIESE, L, S.; REIS, S. R. A. Contribuição ao estudo da cárie dentária em crianças de 0-30 meses. **Pesq. Odontol. Bras.** São Paulo v. 15, n. 3, p. 215-22, 2001.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Cadernos de Atenção Básica - n.º 17**. Brasília. Ministério da saúde, 2008. 92 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).



Artigo

CRUZ, A. A. G.; GADELHA, C, G, F.; CAVALCANTI, A. L.; MEDEIROS, P. F. V. Percepção Materna Sobre a Higiene Bucal de Bebês: Um Estudo no Hospital Alcides Carneiro, Campina Grande-PB. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 4, n. 3, p. 185-89, 2004.

CRUZ, L. D.; NOVAIS, S. M. A.; GRINFELD, S.; MENEZES, J. P. L. Avaliação do conhecimento dos pais e condição de saúde bucal de bebês de 3 a 36 meses. **ClipeOdonto-UNITAU**. Taubaté. v. 2, n. 1, p. 2-9. 2010.

FADEL, C. B. **Aspectos sócio dentários relacionados à transmissibilidade materna da cárie dentaria e a percepção das mães sobre suas causas e seu controle**. 2009. Tese Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2009.

FADEL, C. B. Cárie dental precoce: qual o verdadeiro impacto da dieta em sua etiologia? **Publ VEPG CI. Biolo. Saúde**. Ponta Grossa, v. 9, n. 3/4, p. 83-9, 2003.

FADEL, C. B.; BORDIN, D.; LANGOSK, J. E. A educação como prática viabilizadora da saúde bucal. **J Health Sci Inst**. São Paulo. v. 31, n. 2, p. 136-40, 2013.

FAUSTINO-SILVA, D. D.; RITTER, F.; NASCIMENTO, I. M.; FONTANIVE, P. V. N.; PERSICI, S.; ROSSONI, E. Cuidados em saúde bucal na primeira infância: percepção e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças em um centro de saúde de porto Alegre,RS. **Rev. Odontol. ciênc**, Porto Alegre, v. 23, n. 4, p. 375-79, 2008.

FERREIRA, J. M. S.; SILVA, S. F.; ARAGÃO, A. K. R.; DUARTE, R. C.; MENEZES, V. A. Conhecimentos de pais sobre saúde bucal na primeira infância. **Revista Pediatria Moderna**. São Paulo. v. 10, n. 6, p. 224-30, 2014.

FREIRE, M. C. M.; MACEDO, R. A.; SILVA, W. H. Conhecimentos atitudes e práticas dos médicos pediatras em relação a saúde bucal. **Pesqui. odontol. Bras**. São Paulo. v. 14, n. 1, p. 29-45, 2000.

FREIRE, M.C.M. Fatores que Influenciam Hábitos dietéticos com relação ao consumo de açúcar. **Rev. Odontopediatr**. São Paulo. v. 4, n. 2, p.75-83, 1985.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo 2010. Rio de Janeiro; IBGE, 2010.



Artigo

LOPES, L. S.; ROSSIC, T. R. A.; CANGUSSUD, M. C. T. Ambiente familiar e cárie dentária em pré-escolares do município de Salvador BA, 2005. **Revista Baiana**. Salvador, v. 33, n. 3, p. 428-39, 2009.

OLIVEIRA, L. S. G.; NASCIMENTO, D. D. G.; MARCOLINO, F. F. M. Saúde bucal na Estratégia saúde da família: percepções de profissionais e educadores familiares. **O mundo da saúde**. São Paulo. v. 34, n. 1, p. 65-72, 2010.

OLIVEIRA, W. F.; FORTE, F. D. S. Construindo o Significado da saúde bucal a partir de Experiências com Mães. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, Joao Pessoa, v. 11, n. 2, p. 183-91, 2011.

RATACASO, M. R. M. **Avaliação dos conhecimentos e cuidados das mães com a saúde bucal dos filhos**. 2007. Dissertação (Mestrado Profissional em saúde da criança e do adolescente) – Centro de ciências da saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

SIQUEIRA, D.; BARNABÉ, A. S.; DE DEUS, R. B.; FERRAZ, R. R. N. Avaliação do interesse dos pais pela saúde bucal de seus filhos pelo índice de comparecimento as consultas odontológicas de crianças em idade pré escolar. **Conc. scientiae. Saúde**. São Paulo. v. 8, n. 2, p. 239-44, 2009.

SORAGGI, M, B, S.; ANTUNES, L. S.; ANTUNES, L. A. A.; CORVINO, M. P. F. A cárie dentária e suas condicionantes em crianças de uma escola pública municipal de Niterói, RJ. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 7, n. 2, p. 119-24, 2007.

TOMITA, N. E.; BIJELLA, V. T.; LOPES, E. S.; FRANCO, L. J. Prevalência de cárie dentária em crianças da faixa etária de 0 a 6 anos matriculados em creche: importância de fatores socioeconômicos. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 30, n. 5, p. 413-20, 1996.

WEIRE, S. C.; HARARI, S.G. Cariologia: implicações e aplicações clinicas. In: BARATIERI, L. N. et al. **Odontologia restauradora**. São Paulo: Santos, 2001. p. 1-130.



Artigo

A REALIDADE DA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA NO BRASIL E NO MUNDO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

THE REALITY OF PREVENTION OF VERTICAL TRANSMISSION OF HIV IN BRAZIL AND IN THE WORLD: A LITERATURE REVIEW

Lorena Machado Dalalio¹
João Pedro de Andrade Chamma²
Janaína Alves Guilherme³
Mirian Ueda Yamaguchi⁴

Resumo: Objetivo: O objetivo deste trabalho foi realizar uma avaliação da produção científica sobre a transmissão vertical do HIV no Brasil e no mundo. **Métodos:** Realizou-se levantamento e análise da literatura científica referente aos artigos de revisão (fonte terciária) disponíveis nas bases de dados PubMed e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): transmissão vertical, HIV e revisão, e seus correspondentes em inglês. **Resultados:** Foram selecionados 43 artigos que após leitura e ponderação foram classificados em cinco eixos temáticos: terapia medicamentosa, amamentação, integração ao sistema de saúde, fatores socioculturais e custo-eficácia. **Conclusões:** A presente pesquisa identificou que o estabelecimento do programa de prevenção da transmissão vertical do HIV generalizado se mostrou eficaz em reduzir as taxas de infecção. O avanço tecnicocientífico no campo da terapia medicamentosa para a AIDS é benéfico na prevenção da transmissão materno-infantil do vírus, principalmente quando iniciado de maneira precoce. Contudo, ocorre necessidade de adaptação ao cenário local do sistema de saúde e à cultura, que ainda implica em taxas de infecção altas, necessitando de estudos para subsidiar ações específicas para a transmissão vertical do HIV.

Palavras-Chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Saúde Materno-Infantil. Promoção da Saúde.

Abstract: Objective: This article objective a review of the scientific literature around the vertical HIV transmission in Brazil and the world. **Methodology:** A review of scientific



Artigo

literature was produced, from tertiary sources of information. **Results:** A total of 43 articles were selected, available at PubMed and Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) data base. The scientific works were classified – after reading and contemplation – into five main themes: medical therapy, breastfeeding, integration with healthcare services, social and cultural factors and cost-effectiveness. **Conclusions:** By the analysis, was demonstrated that the creation of a global vertical transmission of HIV prevention program is effective to reduce the infection rate. At pharmacological aspect for AIDS, the recent scientific and technological advance also contributes for the prevention of the vertical transmission of the virus, therapy is beneficial specially when initiated in early stages. Furthermore, local infrastructure and cultural behaviors adaptation is needed since those still implicate in a high infection rate, although more specific analyses for this subject are required.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome. Maternal and Child Health. Health Promotion.

INTRODUÇÃO

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é tema de grande relevância no meio científico, devido a quantidade de infectados em todo mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), até o final de 2014, cerca de 36,9 milhões de pessoas viviam com o vírus, que causou no mesmo ano, a contaminação e a morte de 2 milhões e de 1,2 milhões de pessoas, respectivamente. Estima-se que 1,4 milhões de mulheres grávidas estão infectadas com HIV no mundo (WHO, 2016).

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), desde o início da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), em 1980 até junho de 2015, foram registrados 798.366 de casos no país, sendo que a taxa de detecção de gestantes com HIV vem aumentando nos últimos dez anos. Em 2005, foram detectados 2,0 casos de gestantes infectadas por HIV para cada mil nascidos vivos, aumentando para 2,6 casos em 2014, o que representou um aumento de 30% (BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO, 2015).

Diante desta realidade, é importante atentar-se ao fato de que muitas crianças estão expostas à transmissão materno infantil do HIV, sendo então, a transmissão vertical (TV) do HIV um problema de relevância mundial. Em 2012, segundo o Programa Conjunto



Artigo

das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), cerca de 260 mil nascidos foram infectados pelo HIV (Prevention, 2016). No Brasil, a principal forma de infecção de indivíduos com até 13 anos de idade identificados como soropositivos, ocorre por meio da TV (Boletim Epidemiológico, 2015) corroborando a importância dessa temática para pesquisa científica.

O risco de transmissão do vírus HIV para a TV é maior que o contágio via sexual: a cada dia, cerca de 1000 crianças adquirem HIV dessa forma (Patel et al., 2014). É provável que mais de 90% das crianças vivendo com HIV tenham sido infectadas por meio da TV (Prevention, 2016). Estima-se que 35% da TV ocorra durante a gestação (via intrauterina), 65% no período periparto e para amamentação a cada mamada, ocorre um aumento do risco de infecção entre 7 e 22% (COLOSANTI et al., 2013). Assim, a necessidade de estratégias de prevenção da transmissão é de relevância no combate a infecção pelo vírus.

Este trabalho teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre a TV do HIV no período de 1980 até os dias atuais. Concentra-se em identificar e quantificar os trabalhos científicos em torno da temática, seus respectivos anos de publicações, além de especificar os principais pontos abordados e ressaltar os principais eixos temáticos discutidos pelas pesquisas científicas selecionadas. Assim é possível ressaltar as dificuldades em diferentes realidades socioeconômicas no que diz respeito à profilaxia da TV do HIV, bem como as formas de enfrentamento das mesmas. Desta forma, foi possível revelar a evolução da pesquisa em torno desta temática.

METODOLOGIA

Este trabalho de análise da literatura científica nacional e internacional, sobre o tema TV do HIV, contempla a produção de periódicos veiculados nos bancos de dados PubMed (United States National Library of Medicine) acessada através do site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS), Biblioteca Cochrane (COCHRANE), National Library of Medicine (MEDLINE) e Scientific Eletronic Library Online (SciELO), disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por meio do site <http://www.bireme.br>. A partir dos descritores transmissão vertical, HIV, revisão - e seus correspondentes em inglês (vertical transmission, HIV, review) - consultados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS),



Artigo

foram identificados os artigos potenciais para a análise, sendo selecionados a compor o trabalho apenas aqueles classificados como fontes secundárias de informação.

Assim, no primeiro momento, foram identificados 1797 documentos, sendo 1214 encontrados na base de dados PubMed, e os demais nas bases de dados vinculadas à BVS. Em seguida, os trabalhos científicos incluídos no estudo foram selecionados por avaliação dos títulos e resumos, realizada de forma independente por dois pesquisadores, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: trabalhos de revisão que abordassem o tema escolhido; publicados no período de 1980 aos dias atuais; publicados originalmente em língua portuguesa ou inglesa. Foram excluídos artigos repetidos nas diferentes bases de dados, aqueles cujo enfoque principal não tenha sido o tema escolhido para a pesquisa e trabalhos não enquadrados como revisão científica de literatura.



Artigo

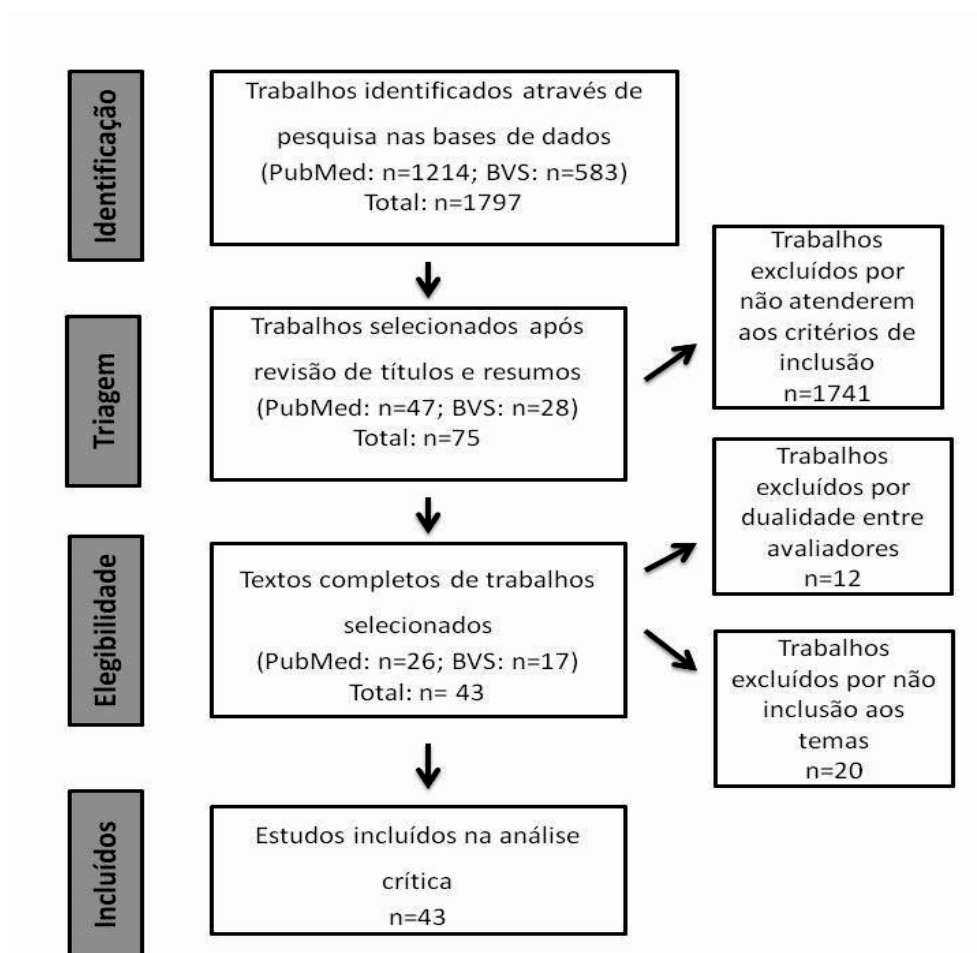


Figura 1. Representação esquemática dos métodos de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão de artigos na revisão de literatura.

A avaliação dos títulos e resumos permitiu selecionar 75 trabalhos, sendo que destes, 11 artigos foram excluídos devido à duplicidade nas bases de dados, totalizando 64 artigos. Analisou-se que a maioria destes, retratavam aspectos referentes a estratégias de prevenção e profilaxia medicamentosa da TV do HIV. Por este motivo, optou-se por incluir apenas as publicações que abordam os temas: estratégias de prevenção e/ou profilaxia medicamentosa, totalizando 43 artigos (Figura 1). Na sequência, uma análise



Artigo

crítica dos trabalhos selecionados, realizada de forma independente por dois pesquisadores, permitiu a verificação das seguintes informações: autores, ano, local de publicação, objetivos, metodologia e resultados que contribuam para a prevenção da TV do HIV.

RESULTADOS

De acordo com os critérios de busca e inclusão foram selecionados para compor esta revisão de literatura 43 artigos, dispostos na Figura 2 de acordo com o respectivo ano de publicação.



Figura 2. Número de artigos analisados para o estudo de acordo com seus respectivos anos de publicação.

O Quadro 1 descreve os 43 artigos de acordo com o autor principal, ano de publicação, periódico e assunto principal. Desta seleção, quatro são de origem nacional publicados nos anos de 2000, 2006, 2012 e 2015, respectivamente. Quanto aos assuntos principais observou-se que estratégia de prevenção representou 65,1% dos artigos e profilaxia medicamentosa 34,9%.



Artigo

Quadro1. Artigos selecionados na pesquisa classificados segundo autor, ano de publicação, periódico e temática principal.

Saloojee, H.	2001	British Medical Journal	Profilaxia Medicamentosa
Marques, H.	2006	Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia	Profilaxia Medicamentosa
Figueiro-Filho, E.	2009	Femina	Estratégias de Prevenção
Mofenson, L.M.	2010	International Medical Press	Profilaxia Medicamentosa
Both, J.M.	2010	An International Journal of Obstetrics and Gynaecology	Estratégias de Prevenção
Ruger, J.	2012	Annu Rev Public Health	Profilaxia Medicamentosa
Ferguson, L.	2012	Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes	Profilaxia Medicamentosa
Car, L.T.	2012	Plos One	Estratégias de Prevenção
Hensen, B.	2012	Tropical Medicine and International Health	Estratégias de Prevenção
Marcos, Y.	2012	Journal of the International AIDS Society	Estratégias de Prevenção
Mirkuzie, A.H.	2012	BMC Public Health	Estratégias de Prevenção
Suthar, A.B	2012	Bulletin of World Health Organization	Profilaxia Medicamentosa
Ditekemena, J.	2012	Reproductive Health	Estratégias de Prevenção
Morfaw, F.	2012	Systematic Review	Estratégias de Prevenção
Langendorf, T.	2012	Cogitare Enfermagem	Estratégias de Prevenção



Artigo

Fouda, G.	2013	Proceedings of the National Academy Sciences	Estratégias de Prevenção
Kuhn, L.	2013	Science Translational Medicine	Estratégias de Prevenção
Car, L.T.	2013	PLOS	Estratégias de Prevenção
Doherty, K.	2013	HHS	Estratégias de Prevenção
Ruger, J.P.	2013	National Institutes of Health Public Access	Profilaxia Medicamentosa
Wilcher, R.	2013	Current Opinion in HIV and AIDS	Estratégias de Prevenção
Zunza, M.	2013	Journal of the International AIDS Society	Profilaxia Medicamentosa
Morfaw, F.	2013	Systematic Reviews	Estratégias de Prevenção
Sibanda, E.	2013	Wolters Kluwer Health	Estratégias de Prevenção
Nyondo, A.L.	2013	Global Health Action	Estratégias de Prevenção
Levison, J.	2014	Clinical Infectious Diseases	Estratégias de Prevenção
Drake, A.L.	2014	PLOS	Estratégias de Prevenção
Tricco, A.C.	2014	BioMed Central Systematic Reviews	Profilaxia Medicamentosa
White, A.B.	2014	Cochrane HIV/AIDS Group	Profilaxia Medicamentosa
Okoli, J.C.	2014	Pan African Medical Journal	Estratégias de Prevenção
Dow, D.E.	2014	BMC Infectious Diseases	Profilaxia Medicamentosa
McCormack, S.A.	2014	Clinical Pharmacokinetics HHS	Profilaxia Medicamentosa



Artigo

Remme, M.	2014	Journal International AIDS Society	Estratégias de Prevenção
Zeng, H.	2014	BMJ Sexually Transmitted Infections	Estratégias de Prevenção
Bazant, E.	2014	Human Resource for Health	Profilaxia Medicamentosa
Ruiter, A.	2014	British HIV Association	Estratégias de Prevenção
Patel, P.	2014	AIDS Wolters Kluwer Health	Estratégias de Prevenção
Hoare, J.	2014	Metabolic Brain Disease	Profilaxia Medicamentosa
hIarlaithe, M.O.	2014	Springer Science + Business Media	Estratégias de Prevenção
Dunlap, J.	2014	Current HIV/AIDS Reports	Estratégias de Prevenção
Iwelunmor, J.	2014	BMC Public Health	Estratégias de Prevenção
Rawizza, H.	2015	Bentham Science Publishers	Estratégias de Prevenção
Costa, R.H.S.	2015	Journal of Research Fundamental Care Online	Estratégias de Prevenção

Realizou-se uma subdivisão dos trabalhos de acordo com os principais eixos temáticos e observou-se que comumente os artigos abordam mais que um destes eixos. Da seleção final de trabalhos, os fatores socioculturais contemplaram 46,5%, integração ao sistema de saúde 44,18%, terapia medicamentosa 41,8%, amamentação 18,6% e custo e eficácia 11,6% (Figura 3).



Artigo

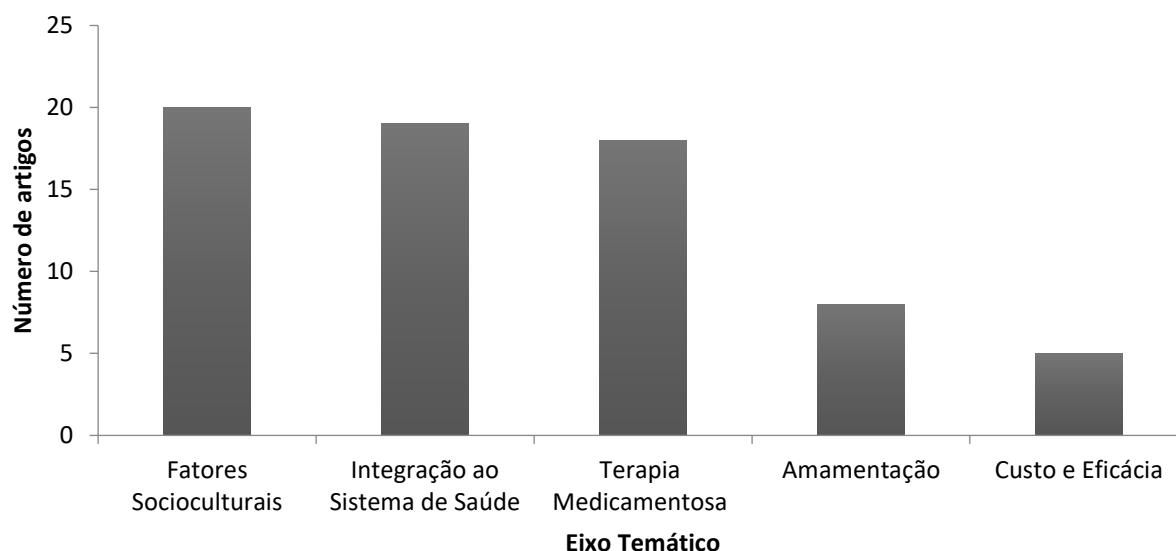


Figura 3. Número de estudos selecionados de acordo com o eixo temático principal. Período de 2000-2015.

A seguir, serão descritos e discutidos os temas amamentação, integração ao sistema de saúde, fatores socioculturais, custo e eficácia e terapia medicamentosa de acordo com o encontrado na literatura selecionada. Analisou-se o impacto e importância de cada para as estratégias de prevenção e sua relação com a profilaxia medicamentosa a TV do HIV.

DISCUSSÃO

Terapia medicamentosa

A profilaxia antirretroviral (ARV) para mães ou para seus bebês demonstram bons resultados quanto à diminuição da taxa de TV do HIV (Mofenson, 2010; Levison, Weber, e Cohan, 2014; Zunza, 2013; Saloojee, 2001), pois diminui a carga viral materna e fornece profilaxia para criança antes e após a infecção (SALOOJEE E VIOLARI, 2001).



Artigo

Sabe-se que a contagem de linfócitos T CD4 está diretamente relacionada à mortalidade materna e à chance de haver TV (Mofenson, 2010). Assim, segundo a OMS (2013), todas as mulheres infectadas devem estar em ativa terapia antirretroviral (TARV) até no mínimo uma semana após a cessação do aleitamento, ou até o parto, se for utilizada a fórmula infantil, devendo continuar com a TARV ao longo da vida, independentemente da contagem de linfócitos TCD4.

A profilaxia pré-parto é muito importante, e quanto mais longa, menores são as taxas de TV do HIV no pós-parto. É fundamental que as gestantes infectadas sejam identificadas para que iniciem a profilaxia com idade gestacional de no máximo 28 semanas (terapia prolongada), trazendo melhores resultados se comparado à profilaxia iniciada com 36 semanas de gestação (terapia curta) (MOFENSON, 2010; SALOOJEE; VIOLARI, 2001). Ainda, os estudos comprovam que prover a profilaxia para a lactante ou para o bebê tem eficácia comparada (MOFENSON, 2010; LEVISON, WEBER; COHAN, 2014). Além disso, o início precoce da TARV está associado à melhores resultados clínicos e imunológicos, e isto só é possível se a criança exposta estiver envolvida em programas de diagnóstico infantil precoce (DUNLAP et al., 2014). Orientações da OMS recomendam o teste de HIV em crianças expostas ao vírus em 4-6 semanas após o nascimento e início da TARV imediata para aquelas com teste positivo (SIBANDA et al., 2013).

Sabe-se que a profilaxia com dose diária de nevirapina é segura, tanto para mãe quanto para o a criança (MOFENSON, 2010). No entanto, lactantes mantidas num esquema tríplice (zidovudina, lamivudina e lopinavir/ritonavir) duas vezes ao dia, até a cessação do desmame, tiveram menor risco de TV no ano que se segue (LEVISON, WEBER; COHAN, 2014).

Para aumentar a cobertura ARV é importante que o teste rápido do HIV seja implementado nos serviços de enfermagem e que os programas de prevenção da TV do HIV sejam integrados às clínicas de cuidados pré-natais, o que acarreta maior proporção de mulheres que aderem à cascata de prevenção da TV (CAR et al., 2012). Ademais, a participação masculina nestes programas confere benefícios adicionais a melhora da adesão à TARV (DUNLAP et al., 2014). É importante também ponderar o tipo de regime ARV (dose única de nevirapina ou regimes mais intensivos), pois podem influenciar na perda de seguimento das pacientes em risco, mesmo antes do nascimento dos bebês. Programas que oferecem dose única de nevirapina têm maiores taxas de perda de seguimento do que aqueles que ofereceram regimes mais intensivos. Estes exigem mais visitas para renovação de receitas, expondo a mulher a um apoio mais intenso o que



Artigo

aumenta sua compreensão sobre a importância da prevenção, aceitação do *status* de HIV e conexão da paciente com o sistema de saúde (SIBANDA et al., 2013).

Na profilaxia infantil, os riscos ocorrem acerca da hematotoxicidade, levando à anemia em geral de intensidade leve e autolimitada (Mofenson, 2010; Zunza, 2013; Marques, 2006; Figueiró-Filho, 2009), Outros efeitos adversos incluem o risco aumentado de hemangiomas, hepatotoxicidade, cardiotoxicidade, disfunção adrenal, prematuridade, anasarca e criptorquidismo (ZUNZA, 2013; MARQUES, 2006; FIGUEIRÓ-FILHO, TAMURA; COELHO, 2009). Ainda, existem evidências de que crianças expostas à terapia intra-útero podem apresentar restrição de crescimento (ZUNZA, 2013). Ademais, crianças não infectadas expostas aos ARV apresentam aumento da taxa de convulsões febris (Marques, 2006) e muitos ARV diminuem a tolerância à glicose, implicando em menores níveis séricos de insulina. Porém, apesar de todos os possíveis efeitos colaterais, admite-se que o grande benefício em reduzir as taxas de TV do vírus, superam os riscos, sendo necessário acompanhamento clínico das crianças expostas para controle de eventuais situações adversas (MARQUES, 2006; FIGUEIRÓ-FILHO, TAMURA; COELHO, 2009).

Amamentação

A limitação do período de aleitamento materno em mulheres infectadas reduz consideravelmente as taxas de TV pós-natal. Tal medida tem impacto no índice de mortalidade infantil, com destaque em países de baixa e média renda, onde a amamentação contribui para a sobrevivência no primeiro ano. Logo, neste panorama se procura a adoção de medidas que promovam uma maneira segura e prolongada para o aleitamento materno (MOFENSON, 2010).

Estudos conduzidos em países com baixa renda compararam a adoção de amamentação exclusiva ou mista (aleitamento materno e fórmula infantil), inicialmente proposta como alternativa para redução da infecção pós-natal (COUTSUDIS et al., 1999). Contudo, segundo Kuhn et al. (2013), durante o desmame ou interrupções na amamentação a carga viral tende a aumentar fazendo com que a adoção do aleitamento materno exclusivo seja mais benéfica.

Para a adoção do aleitamento materno de maneira segura, o uso de terapia antirretroviral pela mãe e/ou pela criança é capaz de reduzir a transmissão do HIV por essa via de maneira importante, de forma que desde 2010, a OMS recomenda que em países de baixa renda seja ofertado a terapia antirretroviral desde a gravidez se estendendo



Artigo

ao período de amamentação (WHO, 2010). Mulheres que se mantiveram em terapia antirretroviral tripla (ZIDOVUDINE, Lamivudine e Lopinavir/Ritonavir) até a 20^a semana pós-parto apresentam menor risco de transmissão (5,4%), após 12 meses para os lactentes do que mulheres que adotam esquema único (Nevirapine) apenas durante a primeira semana de vida (9,5%) (KESHO BORA STUDY GROUPS, 2011). Além disso, o uso prolongado de terapia, se iniciando na gravidez e durando por até seis meses de aleitamento materno, mostrou um resultado benéfico com um risco baixo de 1,1% para transmissão do HIV (SHAPIRO et al., 2010). Dessa forma, a amamentação fica recomendada no cenário de países com baixa renda e associada a terapia antirretroviral iniciada, preferencialmente, o mais precocemente possível.

Caso a terapia se inicie no período de amamentação a estratégia medicamentosa mais recomendada ainda seria a adoção de terapia antirretroviral com base na monoterapia com Nevirapine (NVP), seja pela mãe ou pelo lactente, por tempo prolongado, pois foi observado que quanto maior o tempo de exposição à droga, maior a proteção contra a TV do HIV. Segundo Kumwenda (2008), a adoção de esquema terapêutico de NVP durante 6 ou 14 semanas se mostrou eficaz na redução da transmissão viral e nas taxas de mortalidade infantil quando comparada ao uso de dose única do NVP (TAHA et al., 2011). Ainda, diversos estudos comprovam que com a descontinuação da profilaxia se observou uma redução na proteção para a criança de forma que preconiza-se o uso de terapia medicamentosa durante o período de amamentação (White et al., 2014). O uso de NVP isolado para o período de aleitamento se mostrou mais seguro e eficaz do que esquemas duais que utilizavam combinação com Ziduvudine (ZDV), principalmente pelo fato de este aumentar as reações adversas durante o regime terapêutico.

Nos Estados Unidos a adoção de aleitamento por fórmula infantil e, em conjunto com medidas que promovem a supressão viral para o parto e a adoção da profilaxia infantil pós natal foram capazes de reduzir o risco de transmissão perinatal do HIV para 0,1% (Townsend et al., 2008). Dessa forma, países onde a fórmula infantil esteja disponível facilmente e possa ser utilizada de forma segura, com o uso de água potável, a recomendação de se evitar o aleitamento materno se mantém devido ao alto risco de TV (WHITMORE et al., 2011).



Artigo

Fatores socioculturais

A eficácia da prevenção da TV do HIV em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento é pequena, devido a baixa adesão à cascata de prevenção da transmissão de mãe para filho. Esta cascata promove cuidado continuado a ambos, assegurando que não ocorra a TVe se ocorrer, que o bebê receba tratamento adequado. Nestes países o cuidado continuado depende da comunidade, por meio do apoio social, do enfrentamento dos estigmas e do apoio do parceiro. Observou-se que soluções baseadas na comunidade são essenciais para garantir que mulheres e seus filhos tenham acesso completo à cascata de prevenção. Essas soluções baseiam-se em orientações de enfrentamento de estigmas, de planejamento familiar, e em mobilização de membros chave da comunidade para sensibilizar a população sobre a importância da prevenção da TV do HIV (MARCOS, PHELPS; BACHMAN, 2012; MORFAW et al., 2013).

Garantir a confidencialidade dos resultados dos testes de HIV, disponibilizar programas de educação em saúde que abordem a prevenção da TV, garantir o acesso a serviços de planejamento familiar e, por fim, prover serviços de aconselhamento para mulheres HIV positivo são práticas que resultaram em melhorias estatisticamente significativas na retenção e continuidade do cuidado das mulheres e seus filhos na prevenção da TV (MARCOS; PHELPS; BACHMAN, 2012; MORFAW et al., 2013; IWELUNMOR et al., 2014; SIBANDA et al., 2013; WILCHER; PETRUNEY; CATES, 2013).

Destaca-se que parte importante da cascata de prevenção é prevenir que mulheres HIV positivas não tenham uma gravidez indesejada. De fato, estas mulheres tendem a desejar menos a gravidez, pelo medo dos efeitos sobre sua própria saúde, à saúde da criança ou parceiro, por dificuldades financeiras, estigmas, e por já considerarem ter “filhos o suficiente”. Para tanto, o planejamento familiar é imprescindível, e considera-se que o uso de preservativos seja o único método que previna a infecção e a gravidez, de forma mútua (WILCHER; PETRUNEY; CATES, 2013).

Existem ainda outros fatores associados aos baixos níveis de aderência aos programas de prevenção da TV. O custo do transporte é uma barreira para o acesso à estes serviços, pois muitas vezes os centros de saúde são distantes. Baixa renda familiar e baixo nível educacional, discriminação social, falta de conhecimento ou conhecimento incorreto dos pais sobre aspectos relacionados à TV, ser mãe nova, não ter o status do HIV exposto para o parceiro ou algum membro da família estão associados a essa baixa adesão (HIARLAITHE et al., 2014; DUNLAP et al., 2014; MORFAW et al., 2013;



Artigo

IWELUNMOR et al., 2014; SIBANDA et al., 2013; COSTA; SILVA; MEDEIROS, 2015; LANGENDORF et al., 2012).

Para tanto, é relevante explicitar que, quando homens e mulheres tomam decisões em conjunto e são testados para o HIV simultaneamente e, quando fazem parte de grupos de apoio, a aderência é maior e há aumento da sobrevivência infantil (HIARLITHE et al., 2014; DUNLAP et al., 2014; MORFAW et al., 2013; IWELUNMOR et al., 2014; SIBANDA et al., 2013). Ainda, a religião pode influenciar positivamente neste processo, uma vez que algumas mulheres recorrem à fé como forma de se conformar e buscar forças. A fé demonstra-se como apoio às mulheres e a crença na cura estimula a adesão ao tratamento (LANGENDORF et al., 2012).

Outro ponto determinante para a efetividade e adesão às práticas de prevenção da TV do HIV é a participação ativa do parceiro. Nos países subdesenvolvidos são eles os tomadores de decisão e que provém a alimentação da família, por isso seu importante papel (Ditekemena et al., 2012; Hiarlithie et al., 2014; Dunlap et al., 2014). No entanto, eles têm sido negligenciados, o que dificulta o desenvolvimento de programas de prevenção que sejam integralmente eficazes (DUNLAP et al., 2014; MORFAW et al., 2013).

Alguns fatores dificultam a participação masculina. Baixo nível educacional e socioeconômico, o tempo de espera para atendimento nos serviços de saúde, a distância física do centro de saúde - que despende custo de transporte e tempo - são alguns fatores que se destacam. Além disso, existem inúmeros fatores culturais que também podem dificultar essa participação, como o medo de receber um resultado positivo do teste de HIV e as preocupações com sua confidencialidade, a cultura de que os serviços de cuidado pré-natal é um ambiente feminino sendo constrangedor para o homem ser encontrado em tais ambientes, além de serem ridicularizados pela sociedade ao acompanharem suas mulheres por serem considerados ciumentos (DITEKEMENA et al., 2012; HIARLITHE et al., 2014; DUNLAP et al., 2014; MORFAW et al., 2013).

Não obstante, os homens relatam insatisfação com os serviços prestados durante as visitas pré-natais. Declaram ser mal tratados por profissionais de saúde, sentem-se indesejáveis naquele ambiente, relatam falta de espaço para acomodá-los, não se sentem seguros quanto à confidencialidade dos serviços e, o horário de funcionamento das clínicas muitas vezes entra em conflito com o horário de trabalho, o que dificulta o acompanhamento de suas parceiras (DUNLAP, et al., 2014; MORFAW et al., 2013; IWELUNMOR et al., 2014). Ainda, as próprias mulheres têm preocupações no que se refere à participação masculina, pois temem o abandono ou a violência doméstica pelos



Artigo

maridos diante da divulgação de um teste positivo, temem ser acusadas de infidelidade ou trazer a infecção para o relacionamento, fazendo com que elas mesmas não incentivem seus maridos a participarem de tais medidas preventivas (DUNLAP et al., 2014; MORFAW et al., 2013; IWELUNMOR et al., 2014; COSTA; SILVA; MEDEIROS, 2015).

Esta relação inversa entre o risco da TV e a baixa participação masculina nas estratégias de prevenção confirma a necessidade de prover informações médicas ao parceiro, que podem influenciar nas decisões positivas a respeito do comportamento sexual de baixo risco, suas mulheres sentem-se mais seguras ao se submeter ao teste do HIV, a receber o resultado e a discuti-lo com seu parceiro. Outras medidas que favorecem a participação masculina são o envio de cartas convite para participação dos homens nos programas, prestação de serviços aos finais de semana ou fora do horário de trabalho dos homens, e a abordagem dos homens em lugares mais amigáveis como bares e igrejas. Medidas estas que favorecem a participação masculina, resultando em melhor adesão da família aos programas de prevenção e proporcionando menores taxas de TV do vírus (DITEKEMENA et al., 2012; DUNLAP et al., 2014; MORFAW et al., 2013; MORFAW et al., 2012).

Integração ao sistema de saúde

A formação de programas e estratégias de prevenção da TV do HIV possuem grande importância para atingir a meta "zero" recomendada pela UNICEF: a partir do ano de 2015 as futuras gerações devem estar livres da infecção pelo HIV (UNICEF, 2016). Em países de média e baixa renda, localizados principalmente na África Subsaariana, no período de 1997 a 2006, a adesão aos programas apresentava-se baixa. Apesar de se observar uma alta participação durante as etapas de aconselhamento e testagem pré-natal, a principal dificuldade era o fornecimento e garantia do acesso a TARV durante a gravidez ou no parto, sendo que apenas 17% das mulheres realizava uso da profilaxia nesse cenário (CAR et al., 2013).

A efetividade em integrar os programas de prevenção da infecção do HIV na gravidez com programas de planejamento familiar seria uma maneira capaz de aumentar a realização de testagem para o HIV, promovendo assim a capacidade de rastreamento para as mulheres que necessitam de cuidado diferenciado (SPAULDING et al., 2009; KENNEDY et al., 2010). Apesar disso, não existem dados suficientes que mostrem uma possível vantagem ao integrar programas de prevenção da TV do HIV a outros programas



Artigo

de saúde materna e, que mesmo assim, ambas estratégias continuam a apresentar falhas em sua cobertura (CAR et al., 2012). Assim, seria de melhor valor promover essas mudanças de acordo com a capacidade do sistema de saúde e a necessidade local de cada contexto epidemiológico (WHO, 2016; GLOBAL FUND TO FIGHT AIDS, TUBERCULOSIS AND MALARIA, 2016).

Integrar os programas de prevenção aos de sistema de saúde pré-natal pode aumentar a adesão em locais que possuem alta prevalência de infecção pelo HIV, demonstrado em mudanças promovidas em países como Moçambique, Zâmbia, Jamaica que apresentaram resultados positivos ao se adequar a suas populações (KILLAM et al., 2010; PFEIFFER et al., 2010). O estudo conclui ainda que as mulheres passam a aceitar melhor os programas devido a redução do estigma social, equipe de saúde melhor preparada para suas necessidades e continuidade ao atendimento na prevenção da criança a exposição ao vírus, ao adentrarem programas integrados a saúde materna (SUTHAR et al., 2012). Essa integração poderia ainda beneficiar na redução na perda de pacientes que ocorre na transição para as clínicas especializadas ao HIV, cerca de 30-83% das grávidas deixam o sistema nesse período (CHI et al., 2007; FERGUSON et al., 2012).

Medidas que deveriam promover a abrangência dos programas, como o aumento de mulheres testadas para o vírus e aumento da quantidade de mulheres com conhecimento de seu status sorológico não necessariamente efetivaram os programas. (CAR et al., 2012) Além disso, a taxa de adesão aos programas de prevenção se mostrou maior quando a profilaxia ARV era iniciada continuamente com o trabalho de parto (92% de adesão) comparada a 74% observada durante o período de atendimento pré-natal, provavelmente apresentando ligação com o aumento de testagem de HIV quando esta é realizada fora dos programas de prevenção (BYAMUGISHA et al., 2010; CHANDISAREWA et al., 2007).

A adesão aos programas de prevenção apresenta como principal dificuldade a questão social e o estigma ligado ao HIV/AIDS, cerca de 1% dos parceiros apenas convidados a participar compareciam ao centro. Essa baixa adesão é relevante, pois a participação do parceiro no cuidado integrado da gestante com HIV possui impacto positivo na redução das infecções e no controle das complicações relacionadas ao vírus na gravidez e puerpério (AUVINEN; SUOMINEN; VÄLIMÄKI, 2010). Oosterhoff (2008), contudo, propõe que programas de testagem de HIV baseados na oferta deste pelos sistemas de saúde - de maneira rotineira - ao invés da realização apenas quando ocorre procura pelo pacientes poderia auxiliar na redução do estigma social, redução da



Artigo

discriminação e julgamento moral promovendo aumento da cobertura dos programas de prevenção da TV.

Contudo, continua a dificuldade em alcançar uma resolução em comum para explicar a dificuldade de adesão aos programas de prevenção, mesmo em países de renda semelhante devido principalmente a grande variabilidade na qualidade e acesso aos serviços de saúde (BRIGGS; GARNER, 2006; PRICE et al., 2009).

Custo e eficácia

A análise da eficácia dos programas de prevenção da TV são de difícil realização quanto a parte farmacológica, devido aos conflitos éticos implicados e mesmo tecnológicos para o estudo *in utero* com e sem exposição a terapia medicamentosa. Contudo, sabe-se que a possibilidade de transmissão materna em situações de contagem viral baixa ou indetectável existe (TUBIANA et al., 2010). Assim, a administração da terapia com intuito de atravessar a barreira placentária pode ser considerada uma maneira eficaz de profilaxia (EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY, 2005). Segundo McCormack e Best (2014), em revisão sistemática sobre o assunto, estudos demonstraram uma taxa de transferência fetal moderada para as terapias antirretrovirais mais comuns utilizadas nos programas - como o Nevirapine, Ritonavir ou Lopinavir - capaz de contribuir para a proteção fetal para infecção do HIV.

Ainda sobre maneiras de aumentar a eficácia dos programas de prevenção, observou-se em estudo sobre atitudes relacionadas a intervenções sensíveis ao gênero que a iniciativa em casal de atender ao programa é capaz de reduzir o abandono do acompanhamento (RAWIZA et al., 2015). Assim é possível que a participação do parceiro junto às suas mulheres nos programas, tanto na realização da testagem para HIV como no aconselhamento familiar, seria capaz de promover uma abordagem mais custo efetiva para o sistema de saúde (JOHN et al., 2008). Contudo, cabe ressaltar o risco e a barreira ética ao promover essa adesão em se tratando de grávidas solteiras e, mesmo, de violência doméstica onde elementos adicionais de cuidado psicossocial devem ser adotados a fim de reduzir o potencial negativo (MORFAW et al., 2013).



Artigo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A transmissão vertical do HIV, apesar do controle atual da doença, continua sendo um importante ponto no combate à epidemia da AIDS. A instituição de programas de prevenção deste tipo de transmissão se mostrou um forte aliado na redução da infecção do HIV, apresentando sucesso em países onde sua implementação foi realizada de maneira integrada à atenção em saúde materno-infantil. Contudo, em países onde o estigma da doença permanece e em países com falta de recursos e investimentos em saúde, a implementação de um programa regionalizado parece ser mais eficaz. Outro ponto de destaque identificado refere-se a terapia medicamentosa, que instituída de maneira e tempo adequados se mostrou competente para reduzir os novos casos de infecção do vírus. Mesmo com sua relevância no panorama atual da AIDS no mundo, o assunto ainda necessita de estudos aprofundados sobre maneiras mais custo-efetivas de implementação dos programas de prevenção.

REFERÊNCIAS

AUVINEN, Jaana; SUOMINEN, Tarja; VÄLIMÄKI, Maritta. Male participation and prevention of human immunodeficiency virus (HIV) mother-to-child transmission in Africa. *Psychology, Health & Medicine*, v. 15, n. 3, p.288-313, 2010.

BOLETIM Epidemiológico HIV/Aids - 2015. . Disponível em:
<<http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2015>>.
Acesso em: 01 dez. 2015.

BRIGGS, C. Jane; GARNER, Paul. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 2006.

BYAMUGISHA, Robert et al. Dramatic and sustained increase in HIV-testing rates among antenatal attendees in Eastern Uganda after a policy change from voluntary counselling and testing to routine counselling and testing for HIV: a retrospective analysis of hospital records, 2002-2009. *Bmc Health Services Research*, v. 10, n. 1, 2010.



Artigo

CAR, Lorainne Tudor et al. Integrating Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Programs to Improve Uptake: A Systematic Review. Plos One, v. 7, n. 4, p.35268-0, 2012.

CAR, Lorainne Tudor et al. The Uptake of Integrated Perinatal Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission Programs in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. Plos One, v. 8, n. 3, 6 mar. 2013.

CHANDISAREWA, Winfreda et al. Routine offer of antenatal HIV testing (“opt-out” approach) to prevent mother-to-child transmission of HIV in urban Zimbabwe. Bulletin Of The World Health Organization, v. 85, n. 11, p.843-850, 2007.

CHI, Benjamin H. et al. Expanded Services for the Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission. Jails Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes, v. 45, n. 1, p.125-127, 2007.

CHILDREN And AIDS: Fifth Stocktaking Report, 2010. Disponível em: <<https://www.scribd.com/document/44476789/Children-and-Aids-Fifth-Stocktaking-Report-2010>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

COLASANTI, Jonathan et al. HIV testing rates among pregnant women in Managua, Nicaragua, 2010-2011. Rev Panam Salud Publica, v. 33, n. 1, p.15-21, 2013.

COSTA, Romanniny; DA SILVA, Richardson; DE MEDEIROS, Soraya. Nursing care across the prevention of vertical transmission of HIV. R. Pesq. Cuid. Fundam. Online, v. 7, n. 1, 2015.

COUTSODIS, Anna et al. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. The Lancet, v. 354, n. 9177, p.471-476, 1999.

DITEKEMENA, John et al. Determinants of male involvement in maternal and child health services in sub-Saharan Africa: a review. Reproductive Health, v. 9, n. 1, 2012.



Artigo

DUNLAP, Julie et al. Male Involvement for the Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission: A Brief Review of Initiatives in East, West, and Central Africa. *Curr Hiv/aids Rep*, v. 11, n. 2, p.109-118, 2014.

EUROPEAN COLLABORATIVE STUDY. Mother-to-Child Transmission of HIV Infection in the Era of Highly Active Antiretroviral Therapy. *Clinical Infectious Diseases*, v. 40, n. 3, p.458-465, 2005.

FERGUSON, Laura et al. Patient Attrition Between Diagnosis With HIV in Pregnancy-Related Services and Long-Term HIV Care and Treatment Services in Kenya. *JAIDS Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, v. 60, n. 3, p.90-97, 2012.

FIGUEIRO-FILHO, Ernesto; TAMURA, Igor.; COELHO, Lilian. Infecção pelo vírus HIV-1 e gestação. *FEMINA*, v. 37, n. 4, p. 181-188, 2009.

GLOBAL Fund Overview - The Global Fund To Fight AIDS, Tuberculosis And Malaria. Disponível em: <<http://www.theglobalfund.org/en/>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

GUIDELINES on HIV and infant feeding 2010: Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/>. Acesso em: 01 dez. 2015.

HIARLAITHE, Micheal O. et al. Economic and Social Factors are Some of the Most Common Barriers Preventing Women from Accessing Maternal and Newborn Child Health (MNCH) and Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) Services: A Literature Review. *Aids Behav*, v. 18, n. 5, p.516-530, 2014. HIV/AIDS. Disponível em: <<http://www.who.int/hiv/en/>>. Acesso em: 01 dez. 2015.

IWELUNMOR, Juliet et al. Socio-cultural factors influencing the prevention of mother-to-child transmission of HIV in Nigeria: a synthesis of the literature. *Bmc Public Health*, v. 14, n. 1, 2014.

JOHN, F. N. et al. Cost effectiveness of couple counselling to enhance infant HIV-1 prevention. *International Journal Of Std & Aids*, v. 19, n. 6, p.406-409, 2008.



Artigo

KENNEDY, Caitlin e et al. Linking sexual and reproductive health and HIV interventions: a systematic review. *Journal Of The International Aids Society*, v. 13, n. 1, p.26-76, 2010.

KESHO BORA SUTDY GROUP. Triple antiretroviral compared with zidovudine and single-dose nevirapine prophylaxis during pregnancy and breastfeeding for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 (Kesho Bora study): a randomised controlled trial. *The Lancet Infectious Diseases*, v. 11, n. 3, p.171-180, 2011.

KILLAM, William P. et al. Antiretroviral therapy in antenatal care to increase treatment initiation in HIV-infected pregnant women: a stepped-wedge evaluation. *Aids*, v. 24, n. 1, p.85-91, 2010.

KUHN, L. et al. HIV-1 Concentrations in Human Breast Milk Before and After Weaning. *Science Translational Medicine*, v. 5, n. 181, 2013.

LANGERDOF, Tassiane et al. Vulnerabilidade na adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV. *Cogitare Enferm.*, v. 17, n. 4, 2012.

LEVISON, Judy; WEBER, Shannon; COHAN, Deborah. Breastfeeding and HIV-Infected Women in the United States: Harm Reduction Counseling Strategies. *Clinical Infectious Diseases*, v. 59, n. 2, p.304-309, 2014.

MARCOS, Yabsera; PHELPS, Benjamin; BACHMAN, Gretchen. Community strategies that improve care and retention along the prevention of mother-to-child transmission of HIV cascade: a review. *Journal Of The International Aids Society*, v. 15, n. 42, 2012.

MARQUES, Heloisa. Avaliação crítica dos efeitos adversos do tratamento anti-retroviral no feto, recém-nascido e lactente. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 28, n. 7, 2006.



Artigo

MCCORMACK, Shelley A.; BEST, Brookie M.. Protecting the Fetus Against HIV Infection: A Systematic Review of Placental Transfer of Antiretrovirals. Clin Pharmacokinet, v. 53, n. 11, p.989-1004, 2014.

MOFENSON, Lynne M. Antiretroviral drugs to prevent breastfeeding HIV transmission. Antivir Ther, v. 15, n. 4, p.537-553, 2010.

MORFAW, Frederick et al. Male participation in prevention programmes of mother to child transmission of HIV: a protocol for a systematic review to identify barriers, facilitators and reported interventions. Systematic Reviews, v. 1, n. 1, 2012.

MORFAW, Frederick et al. Male involvement in prevention programs of mother to child transmission of HIV: a systematic review to identify barriers and facilitators. Systematic Reviews, v. 2, n. 1, 2013.

PATEL, Pragna et al. Estimating per-act HIV transmission risk. Aids, v. 28, n. 10, p.1509-1519, 2014.

PFEIFFER, James et al. Integration of HIV/AIDS services into African primary health care: lessons learned for health system strengthening in Mozambique - a case study. Jias, v. 13, n. 1, 2010.

PREVENTION Of Mother-To-Child HIV Transmission In Resource Limited Settings. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/prevention-of-mother-to-child-hiv-transmission-in-resource-limited-settings>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

PRICE, Jessica E. et al. Integrating HIV clinical services into primary health care in Rwanda: a measure of quantitative effects. Aids Care, v. 21, n. 5, p.608-614, 2009.

RAWIZZA, Holly et al. Loss to Follow-Up within the Prevention of Mother-to-Child Transmission Care Cascade in a Large ART Program in Nigeria. Chr, v. 13, n. 3, p.201-209, 2015.

SALAJEE, Haroon; VIOLARI, Avy. Regular review: HIV infection in children. BMJ, v. 323, n. 7314, p. 670-674, 2001.



Artigo

SHAPIRO, R.L. et al. Antiretroviral Regimens in Pregnancy and Breast-Feeding in Botswana. *New England Journal Of Medicine*, v. 362, n. 24, p.2282-2294, 2010.

SIBANDA, Euphemia L. et al. The magnitude of loss to follow-up of HIV-exposed infants along the prevention of mother-to-child HIV transmission continuum of care. *Aids*, v. 27, n. 17, p.2787-2797, 2013.

SPAULDING, Alicen B. et al. Linking family planning with HIV/AIDS interventions: a systematic review of the evidence. *Aids*, v. 23, n. 1, p.79-88, 2009.

SUTHAR, Amitabh B. et al. Integrating antiretroviral therapy into antenatal care and maternal and child health settings: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin Of The World Health Organization*, v. 91, n. 1, p.46-56, 2012.

TAHA E., Taha et al. Postexposure Prophylaxis of Breastfeeding HIV-Exposed Infants With Antiretroviral Drugs to Age 14 Weeks: Updated Efficacy Results of the PEPI-Malawi Trial. *J AIDS Journal Of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, v. 57, n. 4, p.319-325, 2011.

TOWNSEND, Claire L. et al. Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000-2006. *Aids*, v. 22, n. 8, p.973-981, 2008.

TUBIANA, Roland et al. Factors Associated with Mother-To-Child Transmission of HIV-1 Despite a Maternal Viral Load: A Case-Control Study Nested in the French Perinatal Cohort (EPF-ANRS CO1). *Clinical Infectious Diseases*, v. 50, n. 4, p.585-596, 2010.

WHITE, Angela B. et al. Antiretroviral interventions for preventing breast milk transmission of HIV. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 2014.

WHITMORE, Susane et al. Correlates of Mother-to-Child Transmission of HIV in the United States and Puerto Rico. *Pediatrics*, v. 129, n. 1, p.74-81, 2011.



Artigo

WHO | Towards Universal Access: Scaling Up Priority HIV/AIDS Interventions In The Health Sector. Disponível em:

<http://www.who.int/hiv/mediacentre/universal_access_progress_report_en.pdf>.

Acesso em: 01 dez. 2016

WILCHER, Rose; PETRUNEY, Tricia; CATES, Willard. The role of family planning in elimination of new pediatric HIV infection. *Current Opinion In Hiv And Aids*, v. 8, n. 5, p.489-496, 2013.

ZUNZA, Moleen et al. Effects of postnatal interventions for the reduction of vertical HIV transmission on infant growth and non-HIV infections: a systematic review. *Journal Of The International Aids Society*, v. 16, n. 1, 2013.



A REALIDADE DA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA NO BRASIL E NO MUNDO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Páginas 222 a 246

Artigo

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO DE UM HOSPITAL REGIONAL PARAIBANO

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS IN INTENSIVE CARE UNIT ADULT OF A LOCAL HOSPITAL IN THE STATE OF PARAIBA

Maria Silvani de Moraes Nascimento¹
Elicarlos Marques Nunes²
Raquel Campos de Medeiros³
Wagner Irineu Medeiros de Souza⁴
Luis Ferreira de Sousa Filho⁵
Érica Surama Ribeiro Cesar Alves⁶

RESUMO: A Unidade de Terapia Intensiva é o lugar ideal para pacientes críticos que necessitam de cuidados diferenciados e monitoramento contínuo, pois, oferece o aporte necessário em tecnologia, dispendo de equipamentos e especialidade profissionais 24h. Este estudo teve como objetivo conhecer o perfil epidemiológico de pacientes em unidades de terapia intensiva adulto de um Hospital Regional Paraibano. Trata-se de um estudo documental, retrospectivo, com abordagem quantitativa, onde a coleta de dados foi feita diretamente nos prontuários disponíveis no arquivo da instituição e, consulta ao livro de admissão e alta da mesma, no período de setembro e outubro de 2016, por meio de um formulário próprio, previamente elaborado. A população do estudo foi composta por 215 prontuários de pacientes que foram admitidos no período de janeiro a dezembro

¹ Graduada em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos. E-mail: silvany.14@hotmail.com

² Enfermeiro. Doutorando em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

³ Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde pelas Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

⁴ Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória

⁵ Médico. Intensivista preceptor em clínica médica da Universidade Fed. De Campina Grande

⁶ Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul São Paulo– SP



Artigo

de 2015 na referida Unidade, dos quais 100 constituiu a amostra. Foi construído um banco de dados, em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2007, os quais foram analisados e apresentados por meio de estatística simples. Os resultados evidenciaram prevalência do sexo masculino de 58 (58%) nas internações, 48(48%) eram casados, 65 (65%) de raça parda. Constatou-se que, a maior parcela das internações 32 (32%) foi de pessoas na faixa etária com mais de 70 anos, e a idade média foi de 58,85 anos, sendo a maioria proveniente da unidade de urgência e emergência da instituição, o tempo de permanência das internações durou em média 10,6 dias. Evidenciou-se que as doenças cardiovasculares e pós-operatório foram as principais causas de admissão na Unidade de Terapia Intensiva. Ainda foi possível observar uma mortalidade de 38%. Conclui-se que a contribuição deste estudo é de suma importância para o melhor conhecimento do perfil epidemiológico da clientela que faz uso do serviço de terapia intensiva da unidade em questão, como também no planejamento de metas específicas e análise da assistência prestada ao paciente crítico.

PALAVRAS CHAVES: Unidade de Terapia Intensiva. Perfil de saúde. Cuidados críticos.

ABSTRACT: The Intensive Care Unit is the ideal place for critical patients who need special care and continuous monitoring to provide the necessary technology equipment having the equipment and 24h professional specialty. This study aimed to know the epidemiological profile of patients in an adult intensive care unit of the Hospital Regional Paraibano. This is a retrospective, documentary research with a quantitative approach, which the data collection was done directly in the medical records available in the institution file and consults the admission and discharge book of the intensive care unit, during the period of September to October 2016, by a form previously elaborated. The study population consisted of 215 patient records that were admitted from January to December 2015 at the referred Unit which of 100 compose the sample. A database was built into spreadsheets of the Microsoft Office Excel 2007 program, which was analyzed and presented through simple statistics. The results showed a male prevalence of 58 (58%) in hospitalizations, 48 (48%) were married, 65 (65%) were brown. It was found that the largest part of the hospitalizations (32%) was people aged over 70 years, and the mean age was 58.85 years, the majority comes from the emergency unit of the institution itself, The length of hospital stay lasted an average of 10.6 days. It was evidenced that



Artigo

cardiovascular and postoperative diseases were the main causes of intensive care unit admission. It was still possible to observe a mortality rate of 38%. It is concluded that the contribution of this study is of paramount importance for the better knowledge of the epidemiological profile of the clientele that makes use of the intensive care unit of the unit in question as well as in the planning of specific goals and analysis of the care given to the critical patient.

KEY WORDS: Intensive Care Unit. Health profile. Critical care.

INTRODUÇÃO

Os cuidados específicos ao paciente gravemente enfermo foram prestados pela primeira vez por Florence Nigthingale e sua equipe de enfermagem no contexto da guerra da Criméia. Esses cuidados consistiam basicamente no monitoramento e separação dos pacientes graves dos não graves, para maior vigilância e melhor atendimento dando início ao conceito de terapia intensiva (SOBRATI, 2012).

O surgimento da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no século XX marcou a prática hospitalar, pois contam com recursos tecnológicos e profissionais especializados para melhor atender as necessidades de estabilização dos pacientes críticos de forma contínua. Com o passar do tempo para atender as necessidades específicas de cada demanda a prática de cuidados intensivos evoluiu, e as unidades foram separadas em UTI clínica, cirúrgica, cardiológica, entre outras especialidades, para atender adultos, crianças e recém-nascidos (CARNEIRO; FAGUNDES 2012).

A UTI é considerada um setor de alta tecnologia e complexidade, pois oferece recursos tecnológicos de ponta, com monitorização específica de aparelhos e equipe multiprofissional especializada, que identificam parâmetros imediatos da alteração no organismo do indivíduo. Possuem um ambiente apropriado dispendo em geral de suporte tecnológico avançado como ventiladores mecânicos, monitores cardíacos, utilização de drogas vasopressoras e bloqueadores neuromusculares (FAVARIN; CAMPONOGARA, 2012).

Com isso, conclui-se que a Unidade de Terapia Intensiva é o lugar ideal para pacientes que necessitam de cuidados diferenciados e monitoramento contínuo, pois, oferece o aporte necessário dispendo de equipamentos e especialidade profissionais 24h.



Artigo

A portaria 1.101/2002 do Ministério da Saúde estabelece os seguintes parâmetros para os leitos hospitalares e de UTI: 2,5 ou 3 leitos para cada 1.000 habitantes, sendo que destes 4% a 10% são destinados às Unidades de Tratamento Intensivo.

No Brasil foram ampliadas 6.399 UTI para atender melhor a população. Atualmente os brasileiros dispõem de 27.737 leitos de UTI, sendo 62,57% destes, 17.357 disponíveis e cadastradas ao Sistema Único de Saúde (CNES, 2013). De acordo com esses dados nota-se que os leitos de UTI no Brasil, assim como no mundo inteiro, tem sido muito disputados. Isso, por que são poucos e não atendem à demanda existente. O paciente necessitado, muitas vezes chega a ficar vários dias esperando surgir vaga para ser admitido o que reflete grave e negativamente no seu quadro.

De acordo com Sousa *et al.* (2014) a importância de se traçar o perfil epidemiológico de uma UTI consiste na necessidade de se conhecer indicadores que possam ajudar no planejamento da melhoria da qualidade do tratamento da população diminuindo consequentemente a morbimortalidade e os custos de internação com a elaboração de protocolos e metas para o tratamento do doente gravemente enfermo.

A qualidade do serviço de uma unidade de saúde tende a ganhar no seu aperfeiçoamento quando o perfil de sua clientela é conhecido. Pois a análise do mesmo proporcionará um direcionamento aos gestores e profissionais da mesma à cerca de decisões a serem tomadas como a aquisição de tecnologias, treinamento dos recursos humanos, a reavaliação dos processos de atenção permitindo a adaptação estrutural da unidade às características demográficas e de morbidade da população que ela recebe. Além disso, os dados coletados permitem comparações com outras unidades semelhantes, sejam elas regionais ou internacionais e, até mesmo, com a própria unidade de modo prospectivo, na busca contínua da qualidade na atenção à saúde (LANETZKI, 2012; FAVARIN; CAMPONOGARA, 2012).

Portanto, evidenciar um perfil na UTI de hospitais públicos e privados explorando variáveis ainda não analisadas, na tentativa de fornecer informações aos gestores e profissionais de saúde que atuam nesta área, sobre as características e evolução clínica da população assistida, é importante para traçar metas específicas, bem como, para identificação das necessidades de recursos para o atendimento e a facilitação da elaboração de um planejamento estratégico voltado à qualidade da assistência e segurança do paciente crítico, direcionando assim, as ações administrativas para dificuldades evidenciadas (MOREIRA, *et al.* 2013).



Artigo

Diante desse contexto, questiona-se: Quem são os pacientes que estão ocupando os leitos de UTI e por quanto tempo? Quais as patologias de admissão mais frequentes? E quais os índices de alta e óbito?

O presente estudo tem por objetivo conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes de uma UTI adulto de um Hospital Regional do Sertão Paraibano, fornecendo assim subsídios aos gestores e profissionais da referida área de saúde para uma análise da assistência prestada ao paciente crítico, bem como para o planejamento e desenvolvimento de ações que possam melhorar a qualidade dessa assistência à população da região e o gerenciamento dos leitos na unidade de terapia intensiva, minimizando, dentre outros, a mortalidade e os custos em geral.

MÉTODOS

O estudo foi do tipo documental, retrospectivo, descritivo com abordagem quantitativa, através da análise de prontuários de pacientes atendidos e internados na Unidade de Terapia Intensiva Edvaldo Mota do Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro no período de Janeiro a Dezembro de 2015. A referida unidade possui 6 leitos, para internação de pacientes em estado crítico de vida, a partir dos 15 anos de idade. A população do estudo foi composta por 215 prontuários de pacientes que foram internados na UTI - Adulto, dos quais 100 prontuários atenderam aos critérios de inclusão para o estudo constituindo a amostra, 42 prontuários foram excluídos dentro do critério de pacientes que permaneceram internados por tempo inferior ou igual a 24 horas na unidade, 11 prontuários foram excluídos pelo critério de estarem incompletos ou ilegíveis, e 62 prontuários não foram localizados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do hospital. A coleta de dados foi realizada no mês de setembro e outubro de 2016, diretamente nos prontuários disponíveis no arquivo da instituição e, consulta ao livro de admissão e alta da Unidade de Terapia Intensiva, que contém informações sobre os pacientes como nome, número do prontuário, data da admissão, box, idade, sexo, unidade proveniente, diagnóstico de internação e se teve alta ou óbito dentre outras informações que não interessavam a pesquisa. Para a análise dos dados, utilizou-se distribuição de frequências absoluta, relativa e tabulação simples das variáveis. Foi construído um banco de dados, em planilhas do programa Microsoft Office Excel 2008, os quais foram analisados e apresentados por meio de estatística simples. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Educacional



Artigo

de Ensino Superior de Patos/Faculdades Integradas de Patos-FIP, sob o número 56889916.0.0000.5181. O estudo seguiu todas as recomendações constantes na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde- Ministério da Saúde (CNS-MS) (BRASIL, 2012), que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica referente a UTI estudada no período de janeiro a dezembro de 2015 (n = 100).

<i>Variáveis</i>	Nº de Pacientes	Percentual %
<i>Faixa Etária</i>		
<i>15 a 20 anos</i>	7	7%
<i>21 a 30 anos</i>	6	6%
<i>31 a 40 anos</i>	8	8%
<i>41 a 50 anos</i>	14	14%
<i>51 a 60 anos</i>	13	13%
<i>61 a 70 anos</i>	21	21%
<i>Mais de 70 anos</i>	31	31%
<i>TOTAL</i>	100	100%
<i>Gênero</i>		
<i>Masculino</i>	58	58%
<i>Feminino</i>	42	42%
<i>TOTAL</i>	100	100%
<i>Estado Civil</i>		
<i>Solteiro (a)</i>	23	23%
<i>Casado (a)</i>	48	48%
<i>Divorciado (a)</i>	2	2%
<i>Viúvo (a)</i>	18	18%
<i>Não Informado (a)</i>	9	9%
<i>TOTAL</i>	100	100%



Artigo

<i>Raça</i>		
<i>Branca</i>	34	34%
<i>Negra</i>	1	1%
<i>Pardo</i>	65	65%
<i>Amarelo</i>	0	0%
<i>TOTAL</i>	100	100%

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Os resultados apontam que, do total de 100 prontuários analisados, 58 (58%) são de pacientes do sexo masculino e 42 (42%) do sexo feminino, a faixa etária variou de 15 a 101 anos com uma média de idade de 58,8 anos. A maior parcela das internações 32 (32%) foi de pessoas na faixa etária com mais de 70 anos, seguida pela faixa etária de 61 a 70 anos com 21 (21%), e 14 (14%) se encontraram na faixa de 41 a 50 anos. A maioria era casada 48(48%) e de cor parda 65 (65%).

Tabela 2 – Causas de admissão de maior prevalência por e seus principais diagnósticos na unidade de terapia intensiva estudada no período de janeiro a dezembro de 2015 (N = 100).

<i>Causas</i>	<i>Nº Pacientes</i>	<i>Percentual %</i>
<u>Cardiovasculares</u>		
<i>Infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), bloqueio atrioventricular total (BAVT), choque cardiogênico, choque hemodinâmico, miocardite chagasse, valvulopatia.</i>	32	32%



Artigo

<u>Cirúrgicos</u> <i>Pós-operatório de colo do fêmur, pós-operatório de fratura transtrocantérica, Pós-operatório de apendicectomia, pós-operatório de laparotomia exploradora</i>	32	32%
<u>Respiratórias</u> <i>Pneumonia (PNM), insuficiências respiratória aguda (IRPA), edema agudo de pulmão (EAP) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).</i>	29	29%
<u>Neurológicas</u> <i>Trauma crânio-encefálico (TCE), acidente vascular encefálico hemorrágico e isquêmico, edema cerebral e encefalopatia.</i>	21	21%
<u>Metabólicas</u> <i>Insuficiência renal, aparecendo também cetoacidose diabética, insuficiência hepática e crise tireotóxica.</i>	15	15%
<u>Infeciosas</u> <i>Sepse e choque séptico</i>	11	11%

*Salienta-se que boa parte dos participantes foi admitida com mais de um diagnóstico.
FONTE: Dados da pesquisa, 2016.



Artigo

Na investigação sobre os principais motivos que levaram à internação na UTI identificou-se que as principais causas foram as doenças do sistema cardiovascular com 32 (32%), um percentual igual foi encontrado para pacientes cirúrgicos 32 (32%), seguidos das doenças do sistema respiratório com 29 (29%), neurológico com 21 (21%), metabólicas 15 (15%), e doenças infecciosas em 11 (11%). Vale salientar que uma grande parte dos pacientes internou-se por mais de um motivo.

Ao se fazer uma análise mais detalhada sobre os diagnósticos de internação, identificou-se que, dentre as doenças cardiovasculares destacam-se: infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), bloqueio atrioventricular total (BAVT), choque cardiogênico, choque hemodinâmico, miocardite chagasse, valvulopatia. Entre os pacientes cirúrgicos há predominância de pós-operatório de colo do fêmur, e laparotomia exploradora. Entre as doenças respiratórias destacam-se pneumonia (PNM), insuficiências respiratória aguda (IRPA), edema agudo de pulmão (EAP) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Já, entre as doenças neurológicas, estiveram presentes: trauma crânio-encefálico (TCE), acidente vascular encefálico hemorrágico e isquêmico, edema cerebral e encefalopatia. Dentre as doenças metabólicas, há predominância de casos de insuficiência renal, aparecendo também cetoacidose diabética, insuficiência hepática e crise tireotóxica. Seps e choque séptico constituem a prevalência das doenças infecciosas.



Artigo

Tabela 3 – Patologias de maior incidência nas admissões da UTI estudada no período de janeiro a dezembro de 2015 (n = 100).

Diagnósticos	Nº de Pacientes	Percentual %
Pós Operatório	32	32%
AVE	14	14%
ICC	13	13%
PNM	11	11%
Choque Séptico e Sepsie	10	10%
Insuficiência Renal	9	9%
IAM	8	8%
IRPA	8	8%
EAP	6	6%
TCE	5	5%
DPOC	3	3%
Choque Cardiogênico	3	3%
Outros	25	25%

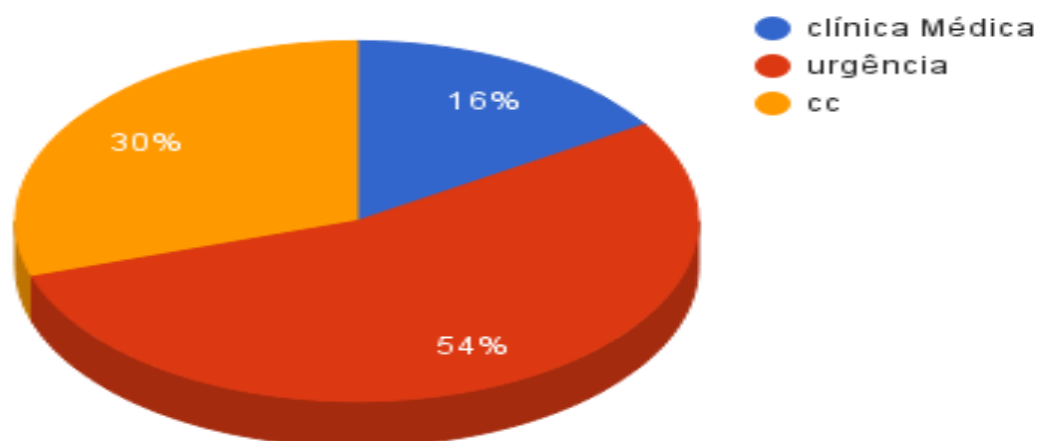
*Salienta-se que boa parte dos participantes foi admitida com mais de um diagnóstico.
FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Dentre as patologias registradas durante a admissão as que apresentaram maior prevalência foram: pós-operatório presente em 32 (32%) das admissões, seguido de AVE em 14 (14%) das admissões, ICC em 13 (13%) das admissões, PNM em 11 (11%) das admissões, choque séptico e sepse em 10 (10%), Insuficiência renal em 9 (9%). Infarto agudo do miocárdio e insuficiência respiratória aguda na mesma proporção em 8 (8%) das internações, edema agudo de pulmão esteve presente em 6 (6%), traumatismo crânio encefálico em 5 (5%). A DPOC e choque cardiogênico apresentaram mesma frequência presentes em 3 (3%) das principais patologias de admissão na referida UTI.



Artigo

Gráfico 1 - Distribuição percentual segundo a procedência do pacientes na UTI no período de janeiro a dezembro de 2015 (n = 100).



FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Quanto à unidade de procedência, observou-se que a maioria 54 (54%) dos paciente era proveniente da área vermelha, seguidos por 30 (30%) do Centro Cirúrgico e 16 (16%) da Unidade de Clínica Médica.

Tabela 4 - Distribuição Percentual dos pacientes segundo o tempo de permanência na UTI, no período de janeiro a dezembro de 2015 (n = 100).

Dias de internação	Nº de pacientes	Percentual %
2 - 5	43	43%
6 - 15	37	37%
>16	20	20%
Total	100	

FONTE: Dados da Pesquisa, 2016.

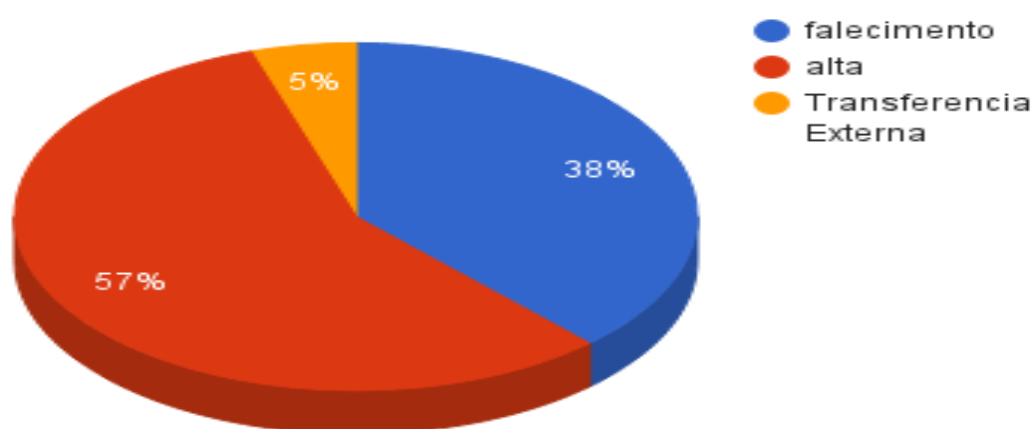
No que se refere ao tempo de internação, verificou-se que 43 (43%) dos pacientes permaneceram internados na unidade por um período de 2 a 5 dias, Outros 37 (37%) pacientes ficaram internados por um período de 6 a 15 dias. Os demais 20 (20%) permaneceram na unidade de terapia intensiva por 16 dias ou mais. O tempo de maior



Artigo

permanência registrado foi de 70 dias, e o tempo médio de internação foi de aproximadamente 10,6 dias.

Gráfico 2 - Distribuição Percentual dos Pacientes de acordo com a evolução: Pacientes que faleceram os que tiveram alta na UTI e os que foram transferidos no período de janeiro a dezembro de 2015(n = 100).



FONTE: Dados da Pesquisa, 2016.

Quanto à evolução do quadro, os dados mostraram que 57 (57%) dos pacientes admitidos evoluíram para alta, 38 (38%) foram a óbito e, 5 (5%) tiveram transferências externa. Dentre as causas de óbito, o choque séptico e a sepse foram responsáveis por 7 (18,42%) dos casos, igualmente, a segunda maior causa envolvida nos óbitos foi a insuficiência cardíaca congestiva em 7 (18,42%) dos casos. A pneumonia esteve entre as causas de óbito em 6 (15,78%) dos pacientes; edema agudo de pulmão em 5 (13,15%), infarto agudo do miocárdio e pós-operatório em 4 (10,52%) ocorrências cada. Insuficiência respiratória aguda, acidente vascular encefálico isquêmico e hemorrágico, insuficiência renal, choque cardiogênico e doença pulmonar obstrutiva crônica apresentaram o mesmo percentual de 3 (7,89%) cada. Outras causas levaram 5 pacientes (13,15%) ao óbito na Unidade de Terapia Intensiva investigada. Vale lembrar que parte dos pacientes que foram a óbito, apresentaram múltiplas causas associadas.



Artigo

No tocante a frequência das cidades atendidas, notou-se que 34 (34%) das internações na UTI correspondem a população do próprio município de referência, Patos. Sendo 66 (66%) das internações provenientes de outras cidades da região circunvizinha.

DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou prevalência nas admissões do sexo masculino na UTI em comparação com um estudo semelhante feito por Favarin e Camponogare (2012), os dados encontrados sobre o sexo dos pacientes confirmaram a predominância do sexo masculino com resultados igual ao desta pesquisa (58%). Há correspondência também com estudo realizado por Nogueira *et al.* (2012) onde os resultados demonstram predominância do sexo masculino de (56,50%). Silva *et al.* (2015) também relatou em sua pesquisa com 171 pacientes internados na UTI que 90 (52,6%) eram pertencentes ao sexo masculino. Nota-se que a existência de uma predominância do sexo masculino no que refere as admissões nas unidades de terapia intensiva adulta é compartilhada por todos os autores pesquisados.

As características demográficas em relação ao sexo confirmam o fato de que os homens apresentam maior acometimento no nível mais grave das doenças que necessitam de cuidados intensivos, uma vez que negligenciam a prevenção dos agravos e suas complicações, bem como a promoção da saúde nos níveis primários (SILVA *et al.*, 2012).

Resultados semelhantes ao desde estudo em relação a idade dos pacientes, pode ser observado em Favarin e Camponogare (2012) e, Lucas e Fayh (2012) onde foram encontrados o maior número de atendimento em indivíduos com idade superior a 60 anos. Quando subdividido em faixas, estes primeiros autores observaram que a maior porcentagem de atendimento foi na faixa etária de 61 a 70 (26%). Contudo, divergindo desta pesquisa, onde o maior valor registrado foi de indivíduos acima de 70 anos 32 (32%) e o seguido dos internamentos na faixa etária entre 61 a 70 anos, cujo valor foi de 21 (21%). Dentro deste contexto, Viana e Whitaker (2011) destaca que 60% dos custos e diárias em UTIS são consumidos por idosos, e que até 2050 este número pode crescer proporcionalmente à população idosa.

Sobre os achados do presente estudo referente à média de idade dos pacientes atendidos na UTI, Del Pintor, Gil e Godoi (2014) relataram em seu estudo semelhantes resultados onde a média geral de idade dos indivíduos internados na unidade de tratamento intensivo de forma generalizada foi de (57,3 ± 19,8). Enquanto que Nogueira



Artigo

et. al. (2012) encontrou em seu estudo média de idade igual a 60,76 anos (DP = 18,75) e, Favarin e Camponogara (2012) relataram uma média de idade de atendimento de (64,8 ± 5,65), sendo estes últimos dados um pouco mais distantes daqueles demonstrados nesta pesquisa.

Em relação às principais causas de admissão na UTI os achados desta pesquisa aproximaram-se mais dos encontrados por Guia *et al.* (2015) onde as causas respiratórias, cirúrgicas e cardiovasculares estiveram entre os principais motivos com 28,6%, 27,5% e 15,6% respectivamente. Diferentemente do que se observa nos resultados encontrados por Favarin e Camponogara (2012) onde as principais causas foram as doenças infecciosas em 38 pacientes (28%), neurológicas em 34 pacientes (25%), e metabólicas em 17 (12%), respiratórias, igualmente, em 17 pacientes (12%). Já no que diz respeito a verificação detalhada sobre os diagnósticos de internação, há correspondência entre a atual pesquisa e esse segundo estudo, em relação a predominância da Sepsis e choque séptico na constituição da prevalência das doenças infecciosas.

No que se refere a unidade de procedência dos pacientes os resultados desse estudo estão em correspondência com os encontrados por Vieira (2011) que obteve em seu estudo maior procedência de pacientes (26,9%) da Unidade de Pronto Atendimento do próprio hospital, seguido de (25,4%) do Centro Cirúrgico. Em Favarin e Camponogara (2012), onde a sua amostra foi de 104 prontuários, houve predominância de pacientes que eram da unidade de emergência (Pronto Atendimento) com 41 (39%), sendo encontrados na presente pesquisa um número um pouco maior de pacientes provenientes da área vermelha. E diferentemente do estudo do mesmo autor o segundo local de onde mais vieram pacientes para UTI foi a Unidade de clínica médica, enquanto no presente estudo o centro cirúrgico foi o segundo que apresentou maior prevalência.

No que tange a permanência na UTI, Guia *et al.* (2015) relata em seu estudo uma média próxima de 13,1 ± 6,1 dias, onde 45,5% (N = 86) ficaram internados por menos de 1 semana, 21,7% (N = 41) por 1 a 2 semanas e 32,8% (N = 52) por mais de 2 semanas.

Em estudo realizado por França, Albuquerque e Santos (2013) verificou-se a permanência na UTI de acordo com o gênero, onde os homens passam mais dias internados que as mulheres. E de acordo com Pintor, Gil e Godoi (2014) em sua pesquisa os dados mostram que os indivíduos com idade inferiores a 60 anos obtiveram uma média de dias de internamento com valores próximos a daqueles com idade superior a 60 anos.

Nos estudos realizados por Favarin e Camponogara (2012), e Bezerra (2012) o tempo de internação na Unidade de Terapia Intensiva apresentou média de 5 a 10 e 10,23



Artigo

dias respectivamente para os grupos estudados, sendo esses dados os que mais se aproximaram dos dados desta pesquisa.

Quanto aos índices de alta, óbito e transferências das internações dos 38 (38%) de óbitos 21 eram homens e 17 mulheres. Os resultados desta pesquisa corroboram com os encontrados por Guia *et al.* (2015) em estudo semelhante a este com 189 pacientes onde a mortalidade na UTI foi de 38,6% (N = 73). No estudo de França, Albuquerque e Santos (2013), com 126 pacientes que estiveram internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulta do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) em um período de seis meses, tiveram 48 óbitos, 48 altas e 6 transferências. Favarin e Camponagara (2012) mostraram que 52 (50%) dos pacientes admitidos foram a óbito e 52 (50%) tiveram alta. No estudo de Bezerra (2012), 67 (47,85%) pacientes foram a óbito, 70 (50%) pacientes receberam alta da UTI.

Na presente pesquisa estiveram entre as principais causas de óbito o choque séptico e a sepse em 8 casos, seguido por insuficiência cardíaca congestiva em 7 casos, insuficiência renal em 6 casos, edema agudo de pulmão e pneumonia, igualmente, em 5 casos. Achado este em comum com o estudo de Favarin e Campanagara (2012), onde a sepse e o choque séptico juntos constituíram cerca de 38% (40) dos casos de óbito. Juncal *et al.* (2011) descreveu em seu trabalho feito em Salvador - BA com 144 pacientes admitidos em UTI que um total de 29 (20,1%) eram sépticos.

No tocante as cidades que foram atendidas pela UTI deste estudo, observou-se que por ser um município de referência a demanda é muito grande, e vai além da capacidade do serviço de oferecer suporte a todos os 24 municípios da região. E que o município presta também muitas vezes apoio a outras cidades circunvizinhas que não fazem parte da sua cobertura. Quanto da distribuição da frequência das cidades notou-se que a maior parcela das internações foi do próprio município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tão importante quanto o investimento em novos recursos de tratamento e tecnologias de ponta na unidade de terapia intensiva é o conhecimento de dados epidemiológicos da população atendida. Pôde-se constatar que os pacientes admitidos foram predominantemente do gênero masculino, casados, pardos, acima de 60 anos, sendo a maioria proveniente da unidade de urgência e emergência da instituição.



Artigo

A média do tempo de permanência das internações é de aproximadamente 10,6 dias. Evidenciou-se que as doenças cardiovasculares e pós-operatório foram as principais causas de admissão na UTI. Ainda foi possível observar que a mortalidade é relativamente baixa em comparação aos relatos da literatura observada, e ao índice de alta da própria unidade. Verificou-se também maior letalidade dos acometidos por sepse, choque séptico, insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal.

Diante dos resultados obtidos, destaca-se a contribuição deste estudo para o melhor conhecimento do perfil epidemiológico da clientela que faz uso do serviço de terapia intensiva da unidade em questão e sua importância no planejamento de metas específicas, e análises da assistência prestada ao paciente crítico, bem como para o desenvolvimento de ações que possam melhorar a qualidade dessa assistência à população da região e o gerenciamento dos leitos na unidade de terapia intensiva, minimizando, dentre outros, a mortalidade e os riscos de infecção.

Visto que grande parte da demanda da referida UTI é de pacientes cirúrgicos, sugere-se a criação de uma unidade semi-intensiva de recuperação pós-operatório ou mesmo de uma UTI cirúrgica para desafogar um pouco os leitos desta.

Esta pesquisa deixa espaço para futuros trabalhos epidemiológicos que queiram se aprofundar nos dados estatísticos, tipos de tratamentos e tecnologias empregadas na unidade de terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde, **Portaria GM nº 1.101**, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/2009/PN%20PORTARIAS/nvos%20pdfs%202009/PT%20GM%201101%2012.06.2002.pdf>. Acesso em: 12 de outubro de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, CNES. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>. Acesso em: 12 de outubro de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde, **Resolução 466/12**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 de outubro de 2015.



Artigo

BEZERRA, G.K.A. Unidade de Terapia Intensiva – Perfil das Admissões: Hospital Regional de Guarabira, Paraíba, Brasil. **R bras ci Saúde**, 16(4):491-496, 2012. Disponível em: <http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/11900/9116>. Acesso em: outubro de 2016.

CARNEIRO, T.M.; FAGUNDES, N. C. Absenteísmo entre trabalhadoras de enfermagem em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a15.pdf>. Acesso em: outubro de 2015.

DEL PINTOR, R.; GIL, M.N.; GODOI, R.G.S.C. Perfil Epidemiológico dos Pacientes Internados na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Santa Casa de Campo Mourão PR. **Revista Catarse**, v.2, n.01, Campo Mourão - PR, jan.-jun. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Laura%20Ferreira/Downloads/305-769-1-PB.pdf> . Acesso em: outubro de 2015.

FAVARIN, S.S.; CAMPONOGARA, S. Perfil dos Pacientes Internados na Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um Hospital Universitário **Rev. Enferm. UFSM**, Rio Grande do Sul, v. 2, n. 2, p. 320-9, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Laura%20Ferreira/Downloads/5178-28759-1-PB.pdf>. Acesso em: outubro de 2015.

FRANÇA, C.D.M.; ALBUQUERQUE, P.B.; SANTOS, A.C.B.C. Perfil Epidemiológico da Unidade de Terapia Intensiva de Um Hospital Universitário. **InterScientia**, v.1, n.2, p. 72-82, João Pessoa, maio/ago. 2013. Disponível em: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/viewFile/288/203>. Acesso em: outubro de 2015.

GUIA, C.M. *et al.* Perfil epidemiológico e preditores de mortalidade de uma unidade de terapia intensiva geral de hospital público do Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde.**; 26(1/2): 9-19, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/periodicos/ccs_artigos/2015_perfil_epidemiologico.pdf. Acesso em: outubro de 2016.



Artigo

JUNCAL, V.R. *et al.* Impacto clínico do diagnóstico de sepse à admissão em UTI de um hospital privado em Salvador, Bahia. **J Bras Pneumol.**;37(1):85-92, 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n1/v37n1a13.pdf>. Acesso em: outubro de 2016.

LANETZKI, C.S.L. *et al.* O perfil epidemiológico do Centro de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Israelita Albert Einstein. **Einstein**, v.10, n. 1, p. 16- 21, 2012.

LUCAS, M.C.S.; FAYH, A.P.T Estado nutricional, hiperglicemia, nutrição precoce e mortalidade de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva. **Rev Bras Ter Intensiva.**; 24(2):157-161, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v24n2/10.pdf>. Acesso em: outubro de 2016.

MOREIRA, E.P. Perfil da Gravidade dos Pacientes Admitidos em Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão de literatura. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde – Fipe**, Maceió, v.1, n. 2, p. 45-52, maio 2013. Disponível em:

<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/viewFile/288/203>. Acesso em: outubro de 2015.

NOGUEIRA, L.S. *et al.* Características Clínicas e Gravidade de Pacientes Internados em UTIs Públicas e Privadas. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; 21(1): 59-67, Jan-Mar, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a07v21n1>. Acesso em: outubro de 2015.

SILVA, L.S. *et al.* Características dos pacientes sob assistência fisioterapêutica na UTI de um hospital universitário: estudo epidemiológico transversal. **Rev Fisioter S Fun.** Jan-Jul; 5(1): 50-58, Fortaleza, 2015. Disponível em:

[file:///C:/Users/Laura%20Ferreira/Downloads/627-2785-2-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Laura%20Ferreira/Downloads/627-2785-2-PB%20(1).pdf). Acesso em: outubro de 2016.

SILVA, P.A.S. A Saúde do Homem na Visão dos Enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde. **Esc Anna Nery (impr.)**, 16 (3):561- 568, jul -set, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/19.pdf>. Acesso em: outubro de 2016.



Artigo

SOUSA, M.N.A, et al. Epidemiologia das Internações em uma Unidade de Terapia Intensiva. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, v.7, n.2, p. 178-186, jul./dez. Vitória da Conquista, 2014. Disponível em:
<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/viewFile/288/203>. Acesso em: outubro de 2016.

SOBRATI. Histórico da criação das UTIS. São Paulo, 2012. Disponível em:
<www.medicinaintensiva.com.br/historyicu.htm>. Acesso em: 12 de out. 2015.

VIANA, R. A. P. P.; WHITAKER, I. Y. **Enfermagem em terapia intensiva: práticas e vivências**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

VIEIRA, M.S. Perfil geográfico e clínico de pacientes admitidos na UTI através da Central de Regulação de Internações Hospitalares. **Com. Ciências Saúde**. 22(3):201-210, 2011. Disponível em:
http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2011Vol22_3_2_Perfil.pdf. Acesso em: outubro de 2016.



Artigo

GRUPOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE NOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS DE IDOSOS

HEALTH PROMOTION GROUPS IN ELDERLY'S PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL ASPECTS

Humberto Medeiros Wanderley Filho¹
Juliane de Oliveira Costa Nobre²
Mayara Leal Almeida Costa³
Iria Mariana de Medeiros Araújo⁴
Camylla Rayanny de Sousa Almeida⁵

RESUMO - O processo de envelhecimento corresponde ao conjunto de modificações em um ser vivo decorrente da passagem do tempo. Em dada fase da vida, ocorre uma decaída genética inevitável que levará o indivíduo a uma nova realidade, onde diversos aspectos de sua vida estarão mais comprometidos que antes. Os autores consideram os parâmetros psicológicos e sociais como sendo os principais elementos de uma qualidade de vida positiva, principalmente quando o público estudado é composto por idosos. Os grupos de promoção à saúde proporcionam maior envolvimento social na comunidade e suporte emocional aos indivíduos à medida que incentiva o compartilhamento de sentimentos e experiências de vida. Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi comparar os aspectos psicológicos e sociais de idosos participantes e não participantes desses grupos da cidade de Patos – PB. Trata-se de uma pesquisa aplicada, analítica transversal e descritiva, de campo, com abordagem quantitativa, composta por 20 usuários idosos dos serviços de

¹ Fisioterapeuta. Graduado pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP. Especialista em Saúde Pública pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP.

² Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde pela FCMSCSP, Especialista em Saúde da Família, Docente das Faculdades Integradas de Patos – FIP

³ Fisioterapeuta. Mestra em Ciências da Educação pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia. Docente do Curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos-FIP.

⁴ Fisioterapeuta. Graduada pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP.

⁵ Fisioterapeuta. Graduada pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP.



Artigo

Atenção Primária à Saúde, onde 10 deles eram participantes de um grupo na Zona Oeste da cidade, e os outros 10 não participantes. Os resultados demonstram que há maior participação de mulheres (n=8) do que de homens (n=2) em grupos de promoção à saúde. Os idosos do G1 apresentaram maiores escores no formulário WHOQOL-BREF para os aspectos psicológicos (70,83) e de relações sociais (77,5) quando comparados aos idosos do G2 (60,42 e 72,5, respectivamente). Portanto, chegou-se à conclusão de que participar de GPS é indicativo de melhores aspectos psicológicos e sociais de idosos, através das atividades propostas pelas reuniões dos grupos que permitem maior interação com a sociedade e compartilhamento de sentimentos, afastando-o da solidão e da negatividade.

Palavras-chave: idosos; aspectos psicológicos; aspectos sociais; grupos de promoção à saúde.

ABSTRACT - The aging process corresponds to the set of modifications in a living being due to the passage of time. At a given stage in life, an inevitable genetic decline will lead the individual to a new reality where various aspects of his life will be more compromised than before. The authors consider the psychological and social parameters to be the main elements of a positive quality of life, especially when the public studied is composed of the elderly. Health promotion groups provide greater social involvement in the community and emotional support to individuals as they encourage the sharing of feelings and life experiences. Thus, the objective of the present study was to compare the psychological and social aspects of elderly participants and non-participants of Health promotion groups in the city of Patos-PB. This is an applied, cross-sectional and descriptive, field-based, quantitative approach, composed of 20 elderly users of Primary Health Care services, 10 of whom were participants of a group in the West Zone of the city, and the others 10 non-participants. The results show that there is greater participation of women (n=8) than men (n=2) in HPG. G1 presented higher scores on the WHOQOL-BREF form for psychological (70.83) and social (77.5) as compared to G2 (60.42 and 72.5, respectively). Therefore, it was concluded that participating in Health promotion groups is indicative of better psychological and social aspects of the elderly, through the activities proposed by group meetings that allow greater interaction with society and sharing of feelings, away from loneliness and negativity.

Keywords: Elderly people; psychological aspects; social aspects; Health promotion groups.



Artigo

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento corresponde ao conjunto de modificações em um ser vivo decorrente da passagem do tempo, onde fatores estarão direta ou indiretamente ligados, sendo eles considerados intrínsecos, a exemplo da hereditariedade e sexo, ou extrínsecos, como meio ambiente e hábitos de vida. Envelhecer não é considerado um evento patológico, mas sim inerente ao viver. Ainda assim, em dada fase da vida, ocorre uma decaída genética inevitável que levará o indivíduo a uma nova realidade, onde diversos aspectos de sua vida estarão mais comprometidos que antes, sendo eles aspectos físicos, cognitivos, comportamentais, sociais, emocionais, entre outros, correspondentes às suas alterações biológicas e de hábitos de vida (SANTOS, ANDRADE, BRENO, 2009).

Tibo (2007) afirma que o processo de envelhecimento pode ocorrer de duas maneiras: a senescência, que pode ser considerada como o “envelhecimento saudável”, onde as mudanças funcionais, orgânicas e psicológicas resultam num envelhecer de forma normal, sem a presença de doenças que comprometam progressivamente a manutenção da vida do indivíduo; e a senilidade, em que há a presença da doença, comumente agregando ao envelhecer um quadro patológico e resultando em um idoso fragilizado. O autor ainda ressalva a importância de saber diferenciar quais alterações são consideradas fisiológicas e patológicas neste processo, para que assim sejam tomadas as atitudes cabíveis quando elas surgirem.

Os aspectos psicológicos e sociais de um indivíduo fazem parte do que, na literatura, conhece-se como “Qualidade de vida” (QV), termo surgido em meados dos anos 40 e que até os dias atuais não tem uma definição concreta. Contudo, autores concordam em um ponto sobre ela: a subjetividade, considerando que cada indivíduo é singular, bem como suas experiências de vida, valores e cultura, ou seja, apenas o próprio indivíduo pode responder e avaliar sua própria vida. Um dos instrumentos mais utilizados internacionalmente para avaliá-la é o WHOQOL-BREF, dividido em quatro domínios que, além de avaliarem aspectos físicos e ambientais, avaliam exatamente os aspectos psicológicos e sociais (ROBBINS et al., 2001; GOMES, 2010).

Os autores consideram os parâmetros sociais como sendo o principal elemento de uma QV positiva, principalmente quando o público estudado é composto por idosos, tendo em vista que ao decorrer da vida um mesmo indivíduo adota diversas posturas na sociedade e no âmbito familiar. Já a abordagem psicológica questiona as experiências de vida dos indivíduos e como eles reagem a elas. Estes autores ainda afirmam que os aspectos psicológicos levam em conta dimensões de análise que vão desde o que o



Artigo

indivíduo quer e o que tem, passando pelo que acha ideal para sua vida, sua visão de futuro, e chegando ao ponto de como ele consegue se adaptar e aceitar o meio que está inserido e as situações que lhe são impostas (ALMEIDA, GUTIERREZ, MARQUES, 2012).

Os Grupos de Promoção à Saúde (GPS) revelam resultados bastante satisfatórios em relação ao processo de saúde e doença e modificação de hábitos de vida que apresentem riscos à saúde. Sua implementação se torna, portanto, uma considerável ferramenta na educação e promoção da saúde, sendo apontados em diversos estudos como propulsores de uma melhoria na qualidade de vida. É importante ressaltar a contribuição dos GPS ao proporcionar maior envolvimento social na comunidade e suporte emocional à medida que incentiva o compartilhamento de sentimentos. Estes dois aspectos (psicológico e social) caminham juntos à medida que retiram o indivíduo do isolamento e exclusão social, proporcionando um novo ambiente onde possam interagir com pessoas com características semelhantes a suas e afastar-se de sentimentos negativos como depressão, ansiedade, entre outros (ABRAHÃO, FREITAS, 2009; DIAS, SILVEIRA, WITT, 2009; SANTOS, NUNES, 2013).

Partindo do pressuposto que a participação dos idosos em GPS, ofertados pelas Equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), traz benefícios e proporciona melhora nos aspectos psicológicos e sociais deste público, surgiu a seguinte problemática: Como estão os aspectos psicológicos e sociais dos idosos participantes e não participantes de grupos de promoção à saúde na cidade de Patos – PB?

Tendo em vista o aumento da população acima dos 60 anos, bem como as particularidades deste público, o estudo pretende contribuir para o enriquecimento acerca do tema estudado, proporcionando mais oportunidades de pesquisa e conhecimento sobre o tema nas áreas de Saúde Pública e Gerontologia. Além disso, justifica-se pela necessidade de aprofundamento dos conhecimentos sobre os aspectos psicológicos e sociais da população idosa e como os GPS podem beneficiar o idoso, para que assim possam ser propostas novas formas de cuidado para este público específico.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi comparar os aspectos psicológicos e sociais de idosos participantes e não participantes de grupos de promoção à saúde da cidade de Patos – PB.



Artigo

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa aplicada, analítica transversal e descritiva, de campo, com abordagem quantitativa. A coleta de dados aconteceu nos meses de fevereiro a abril de 2016 após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos (CAAE: 51367115.0.0000.5181; N°: 1.375.893).

A pesquisa foi composta por 20 usuários idosos dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Patos – PB, onde 10 deles eram participantes de um GPS ofertado por uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do bairro da Maternidade, na Zona Oeste da cidade, e os outros 10 não participantes de GPS. Foram selecionados de forma aleatória e por conveniência os idosos que se encaixavam nos critérios e inclusão e exclusão.

Foram incluídos no estudo pessoas que apresentam idade igual ou superior a 60 anos, que estivessem mentalmente orientados e fossem capazes de se comunicar verbalmente, além de residirem na região urbana de Patos – PB, mais especificamente na zona oeste da cidade, serem usuários do sistema de APS e aceitarem participar do estudo por espontânea vontade, comprovando isso por meio de assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Para idosos do primeiro grupo (G1 – participantes de GPS), o critério de inclusão primordial foi à participação no GPS, promovido pelo NASF, há no mínimo seis meses com regularidade de pelo menos dois encontros por mês.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: formulário biodemográfico, que contém questões norteadoras sobre o entrevistado e os Domínios Psicológico e de Relações Sociais do formulário para avaliação da QV: WHOQOL-BREF.

De forma geral, o módulo WHOQOL-BREF é formado por 26 perguntas objetivas utilizando a Escala de Likert, que varia de 1 a 5, onde quanto maior o valor, melhor a QV do indivíduo entrevistado. As questões 1 e 2 são sobre qualidade de vida geral, sendo as outras 24 facetas divididas em 4 domínios: físico; psicológico; relações sociais e meio ambiente. Os escores finais dos domínios são invertidos para uma escala de 0-100 para melhor pontuação e entendimento.

No entanto, foram considerados apenas os *Domínio Psicológico* e *Domínio de Relações Sociais*, tendo em vista que é este o foco do presente estudo, sendo os outros Domínios não contabilizados para a apresentação dos resultados e discussões. Sendo assim, para o *Domínio Psicológico*, as 6 questões do WHOQOL-BREF correspondentes foram: Q5 – sentimentos positivos; Q6 – autoestima; Q7 – pensar, aprender, memória e



Artigo

concentração; Q11 – Imagem corporal e aparência; Q19 – sentimentos negativos; Q26 – espiritualidade, religião e crenças pessoais. Já sobre o *Domínio de Relações Sociais*, as 3 questões do WHOQOL-BREF correspondentes foram: Q20 – relações pessoais; Q21 – atividade sexual; Q22 – suporte (apoio) social. Portanto, o estudo contou com 9 das 26 questões do Formulário WHOQOL-BREF para avaliação da QV, com o intuito de analisar separadamente e apenas os aspectos psicológicos e sociais.

Para análise estatística e elaboração do banco de dados dos formulários, foi utilizado o Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS – versão 21.0) para Windows e a Sintaxe do WHOQOL-BREF.

Para os resultados do presente estudo foi utilizado recurso estatístico descritivo, mediante a análise das frequências simples e percentuais (LEVIN, 1987). Análises inferenciais também foram realizadas (Teste-T de Student) com um nível de significância de $p \leq 0,05$ para avaliar se existe uma significância entre as médias.

Após o tratamento estatístico dos dados, os mesmos foram dispostos em forma de tabelas e gráficos, trabalhados pelos programas Microsoft versão 2010 do Word e Excel, estando de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

O presente estudo considerou a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a ética da pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização da amostra – Formulário Biodemográfico

A amostra foi composta por 20 indivíduos idosos com idade superior a 60 anos, residentes na zona oeste da cidade de Patos – PB, onde 10 deles (G1) participavam de GPS ofertados pelo NASF e os outros 10 (G2) não faziam parte de GPS. Dessa forma, a *Tabela 1* expõe os resultados obtidos através das respostas dadas pelos idosos ao questionário biodemográfico e caracteriza a amostra que compõe o estudo.



Artigo

Tabela 1. Caracterização da amostra quanto ao sexo, faixa etária, situação conjugal, escolaridade, moradia, cor e aposentadoria, Patos-PB 2016 (N = 20).

VARIÁVEIS	NÍVEIS	Frequência (F)			Porcentagem (%)		
		G1	G2	Total	G1	G2	Total
Idosos		10	10	20	50,0	50,0	100,0
Sexo	Masculino	2	3	5	20,0	30,0	25,0
	Feminino	8	7	15	80,0	70,0	75,0
Faixa Etária	60 – 64	4	2	6	40,0	20,0	30,0
	65 – 69	4	2	6	40,0	20,0	30,0
	70 – 74	1	2	3	10,0	20,0	15,0
	75 – 79	1	4	5	10,0	40,0	25,0
Sit. Conjugal	Solteiro	1	1	2	10,0	10,0	10,0
	Casado	6	8	14	60,0	80,0	70,0
	Viúvo	3	1	4	30,0	10,0	20,0
Escolaridade	Ens. Fund.	5	9	14	50,0	90,0	70,0
	Ens. Med.	2	0	2	20,0	0,0	10,0
	Ens. Sup.	3	1	4	30,0	10,0	20,0
Mora com	Filhos	3	1	4	30,0	10,0	20,0
	Companheiro	4	3	7	40,0	30,0	35,0
	Sozinho	1	1	2	10,0	10,0	10,0
	Filhos e Comp.	2	5	7	20,0	50,0	35,0
Cor	Branca	4	3	7	40,0	30,0	35,0
	Negra	1	3	4	10,0	30,0	20,0
	Parda	5	4	9	50,0	40,0	45,0
Aposentado	Sim	8	6	14	80,0	60,0	70,0
	Não	2	4	6	20,0	40,0	30,0

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Sendo antecipadamente dividida em G1 – 50% (participantes de GPS) e G2 – 50% (não participantes de GPS), notou-se a predominância do sexo feminino 75% (n=15) no estudo. A idade média foi de 68,8 (DP=5,3), com idade mínima de 62 anos e máxima de 79 anos. No entanto, o estudo apontou maior número de idosos entre os 62 e 69 anos 60% (n=12), sendo os idosos com maior idade localizados no G2, onde 4 deles possuem idade entre 74 e 79 anos. Este grupo ainda obteve maior média de idade (M=71,0) quando comparada ao G1 (M=66,7). Isso permite uma reflexão sobre o público idoso que



Artigo

participa de GPS, onde a medida que aumenta-se a idade, diminui-se gradativamente a participação do idoso em atividades que requerem o deslocamento de sua casa até o local onde são realizados os encontros.

Entre os 20 idosos, 70% (n=14) são casados e 20% (n=4) são viúvos, enquanto apenas 10% (n=2) são solteiros. A maioria deles mora com seus filhos e companheiros 35% (n=7) ou somente com os companheiros 35% (n=7), sendo 20% (n=4) morando com os filhos e apenas 10% (n=2) morando sozinhos. Em relação a cor autorelatada, a maioria relatou ser pardo 45% (n=9), sendo 35% (n=7) de pessoas brancas e 20% (n=4) de cor negra. Sobre os estudos, 70% (n=14) dos idosos relatou possuir ensino fundamental, 20% (n=4) ensino superior e 10% (n=2) ensino médio. Entre os indivíduos pesquisados, 70% (n=14) deles recebe aposentadoria, enquanto 30% (n=6) não recebe.

Dentre os 10 idosos que integram o G1, 80% (n=8) são mulheres, enquanto apenas 20% (n=2) são homens. É notável a maior participação de idosas em GPS neste estudo, o que corrobora com a literatura acerca da temática estudada, onde o sexo feminino se mostra mais engajado nas atividades propostas pelos Grupos.

Em estudo sobre a participação de idosos em GPS, Tahan e Carvalho (2010) perceberam o maior número de idosas, apresentando valores idênticos ao do presente estudo, ou seja, 80% (n=8) eram do sexo feminino e 20% (n=2) do sexo masculino. Vários outros estudos com foco nos GPS da pessoa idosa evidenciaram a maior participação de mulheres, como o estudo de Meneses (2013), realizado na cidade de Natal – RN, no grupo de idosos da Associação Inaraí. Já Tamai et al. (2011), em estudo semelhante a este, constatou que o GPS intitulado Grupo de Assistência Multidisciplinar ao Idoso (GAMIA), em São Paulo, era constituído por 83 idosos, onde 79,5% deles eram mulheres.

Para Daher e Debona (2010), é normal acontecer de programas e grupos voltados ao idoso sensibilizarem mais o público feminino, sendo raros os casos onde a participação masculina exceda os 20%. Bittar e Lima (2011) explicam que a maior aderência das idosas aos GPS se dá pelo sexo feminino ser, em geral, mais sociável, motivado, criar mais vínculos afetivos e almejar conquistas, já que a maioria delas passou grande parte da vida voltando suas atenções ao lar e aos filhos, vendo a velhice como uma oportunidade para atividades que antes não fazia por questão de tempo. Para Pinheiro et al. (2002), essa adesão acontece porque as mulheres tendem a se preocupar mais com a saúde que os homens, procurando os serviços de saúde e meios de prevenção de doenças.

Em relação à idade no G1, 80% (n=8) dos idosos tinham entre 62 e 69 anos numa média de 66,7 anos, o que afirma a maior participação de idosos com menor idade em GPS, concordando com Martins et al. (2007), que em seu estudo realizado em Florianópolis observou uma média de 65 anos entre os 26 idosos participantes de GPS.



Artigo

Para Borges et al. (2008), idosos com maior idade participam menos de GPS por questões de maior dependência e presença de comorbidades, tornando sua participação menos acessível.

Outro ponto relevante é a escolaridade, que no G1 apresentou maior presença de idosos com Ensino Fundamental 50% (n=5). Porém, os dados que chamam atenção são o Ensino Médio 20% (n=2) e principalmente o Ensino Superior 30% (n=3). Ainda que o maior número esteja no ensino fundamental, chama a atenção os números de idosos que possuem melhor grau de escolaridade, pois segundo Sousa, Silver e Griep (2010), este achado é algo divergente da realidade enfrentada no país, já que o ensino e incentivo ao estudo no período em que estes idosos cresceram não era tão valorizado. Ainda assim, o G1 obteve melhores valores em escolaridade que o G2, onde 90% (n=9) dos idosos possuíam o Ensino Fundamental e apenas 1 idoso o Ensino Superior, sugerindo que um melhor grau de escolaridade torna o idoso mais ciente dos cuidados com sua saúde, fazendo com que ele procure mais os serviços de saúde e a prevenção de doenças. Este dado corrobora com a pesquisa de Braz, Zaia e Bittar (2015), que afirmam que um nível educacional elevado no indivíduo idoso influi na sua participação em GPS.

Um dos pontos importantes para a pesquisa foi o item *Aposentadoria*, pois para Alvarenga et al. (2009), a aposentadoria consiste em um momento onde diversas mudanças estão acontecendo na vida do indivíduo, principalmente nos aspectos psicológicos e sociais, podendo repercutirem positiva ou negativamente. O G1 apresentou maior número de idosos aposentados 80% (n=8), enquanto o G2 apresentou 60% (n=6).

Avaliação dos Aspectos Sociais e Psicológicos

A *Tabela 2* expõe cada questão individualmente e as médias e níveis de significância dos dois grupos acerca do Domínio Psicológico obtido pelo WHOQOL-BREF, sendo os valores representativos dos *Aspectos Psicológicos* para o presente estudo. Sobre os escores, quanto mais próximo de 5 o escore obtido na média, mais positivo está o aspecto estudado.



Artigo

Tabela 2. Médias e níveis de significância por questão do Domínio Psicológico do Formulário WHOQOL-BREF correspondentes aos *Aspectos Psicológicos*, Patos-PB 2016.

Q	Questão	Médias G1/G2	Nível de Significância (p)
Q5	O quanto você aproveita a vida?	3,90/3,60	0,05
Q6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	4,40/4,00	0,05
Q7	O quanto você consegue se concentrar?	4,20/3,40	0,01
Q11	Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	4,40/4,00	0,01
Q19	Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	4,70/4,00	0,00
Q26	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	4,60/4,50	0,07*

*Nível de significância acima de 0,05 ($p > 0,05$).

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Todas as médias encontram-se maiores no G1 quando comparadas ao G2 nas questões do Domínio Psicológico. Após submetidas ao Teste-T de Student, a maioria das questões apresentou $p < 0,05$ e podem ser entendidas como estatisticamente significantes as diferenças entre os grupos. Porém, a Q26 apresentou nível de significância $p = 0,078$ tornando esta questão em particular estatisticamente irrelevante quanto a diferença dos grupos segundo o Teste-T. Esta questão fala sobre a frequência de sentimentos negativos e vale salientar que, mesmo não apresentando diferenças estatísticas, o G1 continuou obtendo maior média.



Artigo

Tabela 3. Médias e níveis de significância por questão do Domínio de Relações Sociais do Formulário WHOQOL-BREF correspondentes aos *Aspectos Sociais*, Patos-PB 2016.

Q	Questão	Médias G1/G2	Nível de Significância (p)
Q20	Quanto você está satisfeito com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	4,40/4,00	0,02
Q21	Quanto você está satisfeito com sua vida sexual?	3,70/3,70	0,84*
Q22	Quanto você está satisfeito com o apoio que você recebe de seus amigos?	4,20/3,90	0,89*

*Nível de significância acima de 0,05 ($p > 0,05$).

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A *Tabela 3* expõe cada questão individualmente e as médias e níveis de significância dos dois grupos acerca do Domínio de Relações Sociais obtido pelo WHOQOL-BREF, sendo os valores representativos dos *Aspectos Sociais* para o presente estudo.

Em relação ao Domínio de Relações Sociais, composto por 3 facetas, apenas uma delas (Q20) se mostrou estatisticamente significativa de acordo com o Teste-T de Student de amostras independentes. A Q20 trata de uma faceta importante para o estudo, pois está diretamente ligadas às relações sociais, fator presente nos GPS e que proporcionam um novo ciclo de amizades ao idoso. Ainda assim, a Q22 apresentou maior escore no G1 sobre o apoio que os indivíduos recebem dos amigos.

Tabela 4. Média dos Domínios Psicológico e de Relações Sociais do Formulário WHOQOL-BREF, Patos-PB 2016.

Domínio	G1 (n=10)/DP	G2 (n=10)/DP
Psicológico	15,33±1,51	13,67±0,96
Relações Sociais	16,40±2,67	15,60±0,90

Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

A análise do Formulário WHOQOL-BREF é feita através do Microsoft Excel 2010, previamente programado para a obtenção dos escores para todos os domínios. Dessa forma, o Excel faz o cálculo matemático automaticamente de todas as questões

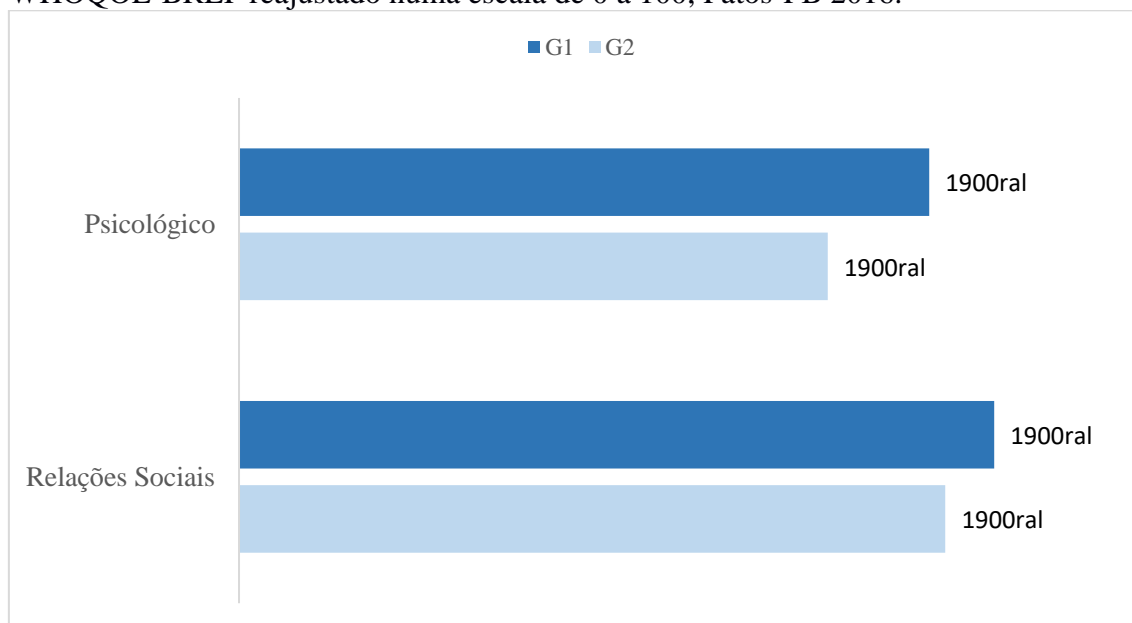


Artigo

separadas em seus respectivos domínios e gera valores dados numa escala de 0 a 20, onde quanto mais perto de 20, melhor o escore.

Como exposto na *Tabela 4*, as médias dos Domínios Psicológico e das Relações Sociais estão maiores no G1 quando comparadas às medias obtidas no G2. Para uma melhor visualização, o Microsoft Excel 2010 gera escores numa escala de 0 a 100 que podem ser representadas em forma de gráfico, permitindo assim analisar com mais clareza as diferenças entre os grupos, como apresenta o *Gráfico 1*.

Gráfico 1. Resultado dos Domínios Psicológico e de Relações Sociais do instrumento WHOQOL-BREF reajustado numa escala de 0 a 100, Patos-PB 2016.



Fonte: Dados da pesquisa, 2016.

Todos os domínios apresentaram maiores pontuações no G1 em relação ao G2. Como os aspectos psicológicos e sociais são complementares, sendo este o motivo do estudo em tratá-los juntamente, a discussão sobre eles será abordada neste tópico de forma conjunta.

Para Victor et al. (2007), os encontros promovidos pelos GPS proporcionam alterações comportamentais em idosos, o que se torna bastante visível nos aspectos sociais ao inserir o indivíduo a um novo círculo de amizade, ampliando-o. Ainda são



Artigo

visíveis as mudanças nos aspectos psicológicos, pois o GPS também promove novos cenários que tiram o idoso da exclusão social, afastando sentimentos como solidão e depressão.

Segundo Souza (2005), os GPS faz com que os participantes enxerguem melhor suas limitações, mas também suas possibilidades, vistas em um contexto coletivo, principalmente quando estes são idosos. O idoso se sente parte do meio, convivendo com pessoas de sua idade e compartilhando ideais e assuntos de seu interesse.

Bittar (2011), em seu estudo qualitativo realizado com 20 idosos na cidade de São Paulo, sendo 10 deles participantes de GPS, constatou que a participação deles no grupo possibilitou um resgate de valores e sentimentos que se tornam descartados ao longo dos anos, como por exemplo a motivação com a vida, retorno aos vínculos afetivos, aumento da autoestima e saúde, expectativas de viver uma vida melhor, com mais vontade e positividade.

Em seu estudo com 10 idosos em Ribeirão Preto, Tahan e Carvalho (2010) constaram que, na opinião dos idosos estudados, os GPS correspondem a um espaço de acolhimento, escuta e atenção. Além disso, se tornam um local de divertimento e distração, onde podem trocar vivências e interagirem, fazendo com que suas relações sociais fossem modificadas positivamente à medida que os encontros em grupo proporcionam relações com pessoas novas. Os autores ainda frisam que na maioria das vezes, o principal papel dos GPS que é promover a saúde e prevenir doenças acaba indo muito mais além que isso, pois além de modificarem os hábitos de vida e incentivarem novas formas de enxergar a saúde e a vida, os idosos estudados apontaram mudanças principalmente nos vínculos sociais após fazerem parte dos GPS. Os autores ainda ressaltam de forma importante que os GPS são pautados na integralidade, princípio fundamental do SUS.

Segundo Wichmann et al. (2013), que realizou estudo com 524 idosos que participavam de grupos de convivência, pôde ser percebido que os GPS serviam como uma “rede social” para os idosos, proporcionando sentimentos de satisfação com a vida através da interação social em que eram incentivados a viver nos encontros, tirando-o do isolamento social e de estados de depressão.

Araújo (2014) destaca que os GPS vão além de benefícios físicos com as atividades propostas, trazendo melhorias nos aspectos psicológicos e sociais, como percepção melhorada da saúde, já que o idoso desenvolverá estados de humor mais agradáveis e amenos, percebendo a si mesmo de forma mais positiva, bem como uma melhor aceitação da aparência. Além disso, relataram sentirem mais forças para as



Artigo

atividades do dia-a-dia, redução de sentimentos como tristeza e estresse, vontade de viver e sair de casa para passear ou viajar e bem-estar mental.

Rizolli e Surdi (2010) realizaram também um estudo com 20 idosos em Santa Catarina e concluíram que os idosos que participam de GPS os entendem como um reforço à sua saúde, fazendo com que interajam com pessoas da mesma idade e compartilhem suas ideias, reflexões e filosofias de vida, fazendo com que incrementem juntos novas visões para o envelhecer, bem como sua nova posição social e familiar, promovendo maior aceitação dos idosos perante os mais diversos aspectos da vida.

Mittelmann (2010) aponta que o bem-estar psicológico e social dos indivíduos acima dos 60 anos é imprescindível para um envelhecimento saudável com autonomia, tornando ainda mais importantes as práticas de atenção à saúde do idoso desenvolvidas pelos GPS.

CONCLUSÃO

Tomando como base os resultados adquiridos neste estudo, chega-se à conclusão de que os Aspectos Psicológicos e Sociais de idosos participantes de GPS são maiores quando comparados aos idosos que não participam desses grupos, sendo comprovada e confirmada a hipótese proposta pela pesquisa.

Os idosos do G1 apresentaram maiores escores no Domínio Psicológico, propondo os GPS como importante ferramenta para a manutenção do estado psicológico dos idosos à medida que os afastam de sentimentos negativos como depressão, solidão, isolamento e ansiedade, já que as atividades dos grupos acontecem de forma regular e requerem o deslocamento do idoso até o local das reuniões. Este fato parece explicar a maior adesão aos GPS de idosos com idade menos elevada.

Os maiores escores no Domínio de Relações Sociais também se encontram no grupo de idosos participantes de GPS, sendo possível concluir que estes proporcionam um novo ambiente ao idoso, que se sentirá incluído na sociedade, num meio em que existem pessoas semelhantes, com a mesma idade e experiências, onde poderá desenvolver amizades e contatos, compartilhar sua história e seus pensamentos, além de interagir e sair da rotina, aceitando melhor suas novas condições sociais e percebendo sua vida de maneira mais positiva.

Dessa forma, um idoso com sentimentos positivos sobre si, o mundo onde vive e suas relações sociais, poderá representar o “envelhecer saudável”, com menores incapacidades e maior vontade de viver e de realizar novas conquistas. Isto representará



Artigo

um impacto positivo para a saúde pública do país, visto que um envelhecimento voltado para a senilidade repercute em maiores números de comorbidades, internações e baixa expectativa de vida.

Os resultados deste estudo se sustentam na literatura e empregam dela para seu embasamento teórico, apontando sua importância e relevância para enriquecimento acadêmico e social.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; FREITAS, C. S. F. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. **Rev. De Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 436-441, 2009.

ALMEIDA, M. A. B.; GUTIERREZ, G. L.; MARQUES, R. **Qualidade de vida: definição, conceitos e interfaces com outras áreas de pesquisa**. São Paulo: Each, 2012.

ALVARENGA, L. N. et al. Repercussões da aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 796-802, 2009.

ARAÚJO, V. S. **Benefícios do exercício físico na terceira idade**. Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Faculdades de Educação Física, Universidade de Brasília, Barra de Bugres, 2014.

BITTAR, C.; LIMA, L. C. V. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 101-118, 2011.

BITTAR, C.; LIMA, L. C. V. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 14, n. 4, p. 101-118, 2011.

BORGES, P. L. C. et al. Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2798-2808, 2008.



Artigo

BRAZ, I. A.; ZAIA, J. E.; BITTAR, C. M. L. Percepção da qualidade de vida de idosas participantes e não participantes de um grupo de convivência da terceira idade de Catanduva (SP). **Revista Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 583-596, 2015.

DAHER, D. V.; DEBONA, K. V. Reelaborando o viver: o papel do grupo no cotidiano de mulheres idosas. **Revista de Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 670-676, 2010.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Rev. de Atenção Primária à Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 12, n. 2, p. 217-221, 2009.

GOMES, T. I, T. I. **Qualidade de vida, atividade e aptidão física em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física**. 2010. Dissertação (Mestrado em Exercício e Saúde) – Universidade de Évora, Portugal, 2010.

LEVIN, J. **Estatística aplicada a ciências humanas**. 2. ed. São Paulo: Harbra, 1987.

MARTINS, J. J. et al. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Revista de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 443-456, 2007.

MENESES, R. M. V. et al. Ações educativas para terceira idade. **Revista Rene**, v. 14, n. 2, p. 417-427, 2013.

MITTELMANN, C. **Efeitos da atividade física na saúde mental do idoso: estudo de revisão de artigos científicos**. Monografia (Licenciatura em Educação Física) – Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Rev. Ciências da Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

RIZOLLI, D.; SURDI, A. C. Percepção dos idosos sobre grupos de terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 225-233, 2010.



Artigo

ROBBINS, R. A. et al. Quality of life in ALS is maintained as physical function declines. **Neurology**, Hersey, n. 56, p. 442-444, 2001.

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan. 2009.

SANTOS, L. F.; NUNES, D. P. Using group approaches to promote healthy aging. **Journal of Gerontology and Geriatric Research**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 119, 2013.

SOUSA, A. L.; SILVER, L. D.; GRIEP, R. H. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no município do Rio de Janeiro. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p. 625-631, 2010.

SOUZA, A. C. et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 26, n. 2, p. 147-153, 2005.

TAHAN, J.; CARVALHO, A. C. D. Reflexões de idosos participantes de grupos de promoção de saúde acerca do envelhecimento e da qualidade de vida. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 878-888, 2010.

TAMAI, S. A. B. et al. Impact of a program to promote health and quality of life of elderly. **Einsten**, v. 9, n. 1, p. 8-13, 2011.

TIBO, M. G. M. Alterações anatômicas e fisiológicas do idoso. **Rev. Médica do Hospital Ana Clara**, Santos, v. 12, n. 2, p. 42-65, abr./jun. 2007.

VICTOR, J. F. et al. Grupo Feliz Idade: cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 4, p. 724-730, 2007.

WICHMANN, F. M. A. et al. Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 821-832, 2013.



Artigo

ANÁLISE DA ARQUITETURA DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS EM SAÚDE MENTAL: DA LIMPEZA À ASSISTÊNCIA

ANALYSIS OF THE ARCHITECTURE OF THE WORK PROCESS OF NURSES IN MENTAL HEALTH: GOING TO THE CLEANING UP ASSISTANCE

Wilma Suely Batista Pereira¹

Marcuce Antonio Miranda dos Santos²

Aline dos Anjos Vilela³

RESUMO – O objetivo deste estudo foi descrever a arquitetura geral do processo de trabalho dos enfermeiros que atuam nos Centros de Assistência Psicossocial. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória de abordagem qualitativa, realizada através de oito entrevistas semiestruturadas coletadas nos quatro Centros de Assistência Psicossocial existentes na cidade de Porto Velho, Rondônia. A análise dos depoimentos foi feita por Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados evidenciam que o processo de trabalho dos enfermeiros constituído predominantemente por atividades de enfermagem, porém não centralizado nas necessidades dos usuários; atividades de auxiliares administrativos, da limpeza, técnicos de enfermagem. Ênfase à triagem, em detrimento dos atendimentos próprios da enfermagem. Conclusão: a implantação do projeto terapêutico; correções no processo de trabalho, correções na estrutura física para favorecer ambiência e o incentivo

¹ Enfermeira, doutora em Ciências: desenvolvimento socioambiental; Professora Associada III da Universidade Federal de Rondônia -UNIR; líder do Observatório de Violência, Saúde e Trabalho- OBSAT/UNIR. Email: obsat@unir.br

² Enfermeiro, mestre e doutorando em Desenvolvimento Regional; assessor técnico da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho -RO; Docente da Faculdade UNIRON; pesquisador do Observatório de Violência, Saúde e Trabalho – OBSAT/UNIR. Email: marcuceunir@hotmail.com

³ Enfermeira, mestre em Cuidados Intensivos, docente da Faculdade UNIRON, pesquisadora do Observatório de Violência, Saúde e Trabalho -OBSAT/UNIR. Email: alinevilelinha@hotmail.com



Artigo

à complementação da formação, com curso de pós-graduação em saúde mental são medidas para tornar o processo de trabalho dos enfermeiros mais próximo das necessidades da população.

Descritores: processo de trabalho; enfermagem; saúde mental.

ABSTRACT – The objective for this study is to describe the overall architecture of the work process of nurses who work in the CAPS. That is a field research, exploratory qualitative approach, carried out through eight semi-structured interviews collected in the four existing CAPS in the city. The analysis of the depositions made by Analysis of Content of Bardin. Results: work process of the nurses constituted predominantly by the activities of the nursing, but not centered on the needs of the users; activities of administrative staff, cleaning, nursing technicians. Emphasis to the screening, at the expense of care in own nursing. Conclusion: the implementation of the project therapeutic; corrections in process work, the fixes in the physical structure, obtaining a postgraduate qualification in mental health are measures to make the nurse's working process more close of the population's needs.

Keywords: Work process; nursing; mental health.

INTRODUÇÃO

A assistência aos indivíduos em sofrimento psíquico tem sofrido grandes transformações com o advento da Reforma Psiquiátrica, em que o retorno aos valores morais, como o respeito à dignidade humana e à cidadania desses pacientes, agora denominados usuários do sistema de saúde, vem em constante conflito com a produção do trabalho em saúde, ainda pautado em modelos centrados na assistência hospitalar, ocasionando uma crise desde as transformações da Reforma Sanitária até as mais recentes e crescentes ameaças ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O estado de Rondônia não viveu a Reforma Psiquiátrica nos moldes de outros estados da Federação, uma vez que nunca teve um hospital psiquiátrico, ficando apenas um setor de um hospital público geral destinado à internação dos pacientes diagnosticados com doenças mentais. Os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos já implantados



Artigo

em consolidação na cidade de Porto Velho materializados nos Centros de Assistência Psicossocial – CAPS totalizam quatro, sendo dois CAPS II, o primeiro deles habilitado como CAPS no ano de 2002; um CAPS -AD, implantado no ano de 2009; um CAPS-Infantil implantado no ano de 2015, portanto, muito recentes e claramente ainda em consolidação. Este é o contexto em que se desenvolveu a pesquisa.

Sempre que se discute a assistência à saúde mental, os questionamentos que surgem giram em torno dos aparelhamentos teóricos, científicos e metodológicos que estão sendo oferecidos aos profissionais que estão no atendimento direto ao portador de sofrimento psíquico, para que organizem o seu processo de trabalho.

A ênfase na assistência interdisciplinar e integrada, em que os saberes específicos de cada profissão são componentes do plano assistencial a ser dirigido ao usuário e seus familiares, implica em transformação dos modelos assistenciais oferecidos pela Psiquiatria Clássica, centrada na assistência individualizada, medicalizada e de muitas formas excludente. Atualmente, nos encontros para discussão sobre a Saúde Mental como área de atuação profissional, percebe-se algum desconforto quando se trata de delimitar o espaço de atuação dos profissionais de saúde não médicos, notadamente do enfermeiro.

As transformações propostas e acolhidas pelos gestores do SUS e profissionais comprometidos com a qualidade da assistência e com os ideais de cidadania dos portadores de sofrimentos psíquicos, tem acontecido em descompasso com as transformações na formação acadêmica e também no processo de trabalho dos profissionais que atuam na assistência direta.

O desafio da prática da dimensão clínica do plano assistencial chama a atenção para a necessidade de avançar na elaboração de dispositivos teóricos e de estratégias de ação que ao mesmo tempo ampliem a capacidade normativa psíquica, existencial e social do sujeito e amplie o alcance da rede, com incorporação de categorias profissionais que venham somar às estratégias terapêuticas, dentro das diversas orientações teóricas (BEZERRA JR, 2007).

No caso da enfermagem, se vê as dificuldades de definição das funções da enfermeira ante o usuário do CAPS, ou das residências terapêuticas. Historicamente ligada à assistência psiquiátrica, portanto hospitalar, o processo de trabalho da enfermagem junto ao paciente era claramente ligado aos ditames da Clínica centrada na doença (ALMEIDA, 2009). Assistir o paciente internado tem delimitações claras, ficando visível o papel da enfermagem na equipe. A Reforma Psiquiátrica trouxe o sujeito coletivo para a arena assistencial, com novas demandas, exigindo novas abordagens, como a Clínica Ampliada, por exemplo. Mesmo tendo sido engajada ativamente na



Artigo

reforma psiquiátrica, a enfermagem ainda sofre os danos do descompasso entre as transformações no espaço do trabalho; os novos modelos assistenciais e as exigências de construção de um processo de trabalho que responda aos dois polos: estar adequado a estes modelos assistenciais propostos pela Reforma Psiquiátrica (PEDUZZI, SCHRAIBER, 2017) e estar dentro da identidade profissional e ética da enfermagem brasileira.

A tese de doutorado de Cecília Puntel foi um marco da aplicação do Processo de Trabalho na área de Enfermagem, na década de 1980 (ROCHA, ALMEIDA, 2000). Depois dos estudos de Cecília Puntel, diversos autores se dedicaram a estudar a Enfermagem como prática social, como profissão que estabelece relações sociais na produção de serviços de cuidado.

Definindo os elementos do processo de trabalho em saúde como: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, Mendes Gonçalves (1985) propõe que estes elementos sejam estudados e analisados em sua dinâmica dialética, não isoladamente. A análise da arquitetura do trabalho médico necessita-se perceber que na prática clínica o objeto de trabalho da medicina é o corpo humano (AYRES, 2015)

Mendes Gonçalves (1985; 1994) tece ainda considerações sobre o entendimento do corpo fisiológico e anatomicamente, concepção esta que coisifica o corpo, orientando o trabalho pela intervenção dentro dos parâmetros conhecidos do que é normal e o que é patológico. Recorre a Georges Canguilhem que trouxe à discussão os modos de vida como determinantes do corpo, para além dos critérios anátomo-fisiológicos. A historicidade do processo saúde doença é uma das “normatividades extra biológicas”, segundo a qual as concepções sobre doença e saúde são dotadas de realidade própria, externa e anterior a alterações morfofuncionais nos corpos dos doentes. Assim, diferentes momentos, diferentes culturas, geram diferentes concepções para o adoecer e para a saúde. É esta extensão do que se entende por corpo, saúde, doença que se coloca como desafio na prática do profissional de saúde.

Estas contribuições teórico-metodológicas brevemente mencionadas foram ao longo das décadas sendo trazidas para a análise de outras profissões ligadas à Saúde. Muito se tem discutido, com vistas a reconhecer que as profissões da saúde necessitam descrever, definir e analisar o processo de trabalho de seus agentes; sobretudo porque o Processo de Trabalho consiste em importante elemento identitário da profissão. Esta identidade profissional uma vez esclarecida trará impactos favoráveis na qualidade da formação dos profissionais, na qualidade dos serviços prestados, na inserção política e social do profissional na sociedade.



Artigo

Para alguns autores, o trabalho em saúde tem características especiais que o situam no nível da expectativa, relevância e magnitude que a saúde representa para as pessoas (LORENZETTI et al., 2014). Preocupar-se com as expectativas dos usuários e familiares, significa não se deixar desumanizar ante a rotina de trabalho e causa impactos nos indicadores de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a importância de se atender ao que as populações que se utilizam dos serviços esperam, como forma de garantir entre outras questões, o alcance da cobertura universal para as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (LORENZETTI et al, 2014).

A problemática investigada, utilizando a expressão utilizada por Mendes Gonçalves (1985) é: qual é a arquitetura geral do trabalho do enfermeiro no atendimento ao usuário, familiares e qual é a sua percepção em relação à centralidade no usuário no Centro de Atenção Psicossocial.

Ainda no que concerne aos elementos do Processo de Trabalho em Saúde, Mehry (1994; 2002), diferentemente de Mendes Gonçalves, situa o objeto do trabalho da saúde no cuidado, que provocará na pessoa condições de buscar melhoras e a cura. O trabalho do profissional da saúde, como trabalho vivo (em alusão aos conceitos Marxistas de Trabalho), se reveste de caráter relacional, dialógico, intersubjetivo, na contramão da hegemonia biomédica; é prática social em que se utiliza de tecnologias classificadas como Leves, Leve-duras e Duras. As tecnologias leves são base de atuação para a prática social de todos os profissionais; em uma lógica centrada no usuário, permitindo a construção cotidiana de vínculos e compromissos entre os profissionais e os usuários na adequação das intervenções tecnológicas em saúde de acordo com as necessidades individuais e coletivas (MERHY, 1994; 2000).

As tecnologias leves são aquelas de natureza relacionais, em que se busca instituir vínculos, reconhecimento do usuário como sujeito do processo, com o acolhimento e a gestão do cuidado. Já as Tecnologias Leve Duras são os saberes já devidamente estruturados e, portanto, conhecidos e reverenciados na prática social, como a clínica médica e a psicanalítica, a epidemiologia, ou Fayolismo. As Tecnologias Duras são os instrumentos, equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais nas quais se dá a prática assistencial (MEHRY, 1988; 1994; 2002).

Os elementos componentes do processo de trabalho do enfermeiro, materializados nas condições de trabalho, tomando o cuidado como objeto da prática; as tecnologias como ferramentas e as bases teórico-metodológicas constituintes deste processo, quando bem definidas, permitem delinear a identidade profissional do enfermeiro que atua junto à população que procura os serviços de saúde mental. A enfermagem como profissão



Artigo

caracterizada como prestação de serviço, lida com este objeto de trabalho fluido, imaterial e todos os desafios que advém daí. Caracterizar o processo de trabalho do enfermeiro no CAPS trará efetivas contribuições para se definir os limites e a abrangência da atuação do enfermeiro na equipe multiprofissional do CAPS, contribuindo para as discussões no âmbito da profissão e para a melhoria da qualidade do atendimento prestado à população usuária.

Objetivo Geral: Compreender e descrever a arquitetura geral do processo de trabalho dos enfermeiros que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial do município de Porto Velho, Rondônia. **Objetivos Específicos:** Identificar e descrever elementos e etapas constituintes do processo de trabalho dos enfermeiros; Enumerar as dificuldades no processo de trabalho no que diz respeito ao diálogo com os demais profissionais; Elencar as características do cuidado prestado pelo enfermeiro junto ao usuário, família e comunidade; Delinear o perfil dos Enfermeiros que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial estudados.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de campo, exploratório descritivo, com abordagem qualitativa. Foi realizado nos quatro Centros de Atenção Psicossocial existentes no município de Porto Velho. Quanto à caracterização da amostra, de um total de 12 profissionais constituintes do universo, houve duas recusas e dois casos de exclusão, por afastamento para tratamento de saúde. A amostra foi constituída por oito enfermeiros que trabalham nos CAPS e que concordaram em assinar o TCLE e participar do estudo na qualidade de informantes.

O trabalho de campo ocorreu nos CAPS situados na cidade de Porto Velho durante três meses do ano de 2015 e dois meses no ano de 2016. A abordagem dos informantes foi feita no ambiente de trabalho, sendo apresentado aos mesmos o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, a ser lido, preenchido e assinado pelos que aceitaram participar da investigação. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia, sob o número de parecer: 366.641.

Os depoimentos foram analisados à luz da Análise de Conteúdo de Bardin (2016) seguindo as três etapas: Pré-análise: durante esta etapa foram atribuídos nomes aos depoimentos, de modo a garantir o anonimato. Os depoimentos foram denominados



Artigo

“Entrevista 1, Entrevista 2...” e assim por diante, segundo a sequência na qual os depoimentos foram coletados no trabalho de campo. Após esta classificação, passou-se às leituras flutuantes, que são o primeiro contato com os depoimentos e registros das observações de campo, momento em que se começa a conhecer o texto. Em seguida se demarcou documentos e informações que se mostraram relevantes para serem analisados; para referenciação dos índices e elaboração de indicadores, que envolve a determinação de indicadores por meio de recortes de texto nos documentos de análise.

No caso da pesquisa em tela, os depoimentos foram todos lidos repetidamente, inicialmente em sua totalidade. Em seguida foram realizadas leituras transversais, guiadas pelas perguntas e todas as respostas dadas a cada uma delas, para fins de determinar os indicadores temáticos. As leituras dos registros das observações foram feitas do mesmo modo: inicialmente todas lidas do começo ao fim; em seguida lidas de acordo com os temas.

A etapa denominada de Exploração do Material confere a consistência da inferência e interpretações que compõem o processo analítico. Durante a Exploração do Material as categorias foram definidas. As unidades de registro escolhidas, porque emergidas das leituras, foram os temas: Escopo da Enfermagem; Autonomia no trabalho; Processo de trabalho. Feita a escolha, passou-se à contagem frequencial.

Quanto às unidades de contexto, foram identificadas durante as leituras dos materiais oriundos das observações de campo.

Na etapa de Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação, foram escolhidas unidades de registro do tipo “Tema” para recortar os textos e atender aos objetivos traçados para o estudo.

RESULTADOS

Para fins de visualização rápida dos resultados da pesquisa, sistematizaram-se quadros e tabelas com elementos oriundos das unidades de registro e as contagens frequenciais. Também estão postos trechos dos depoimentos com as referências às unidades de registro.

Houve duas recusas e duas exclusões por motivo de licença. Dos oito enfermeiros entrevistados, dois são do gênero masculino e seis do gênero feminino, com idades entre 25 e 64 anos (Tabela 1)



Artigo

Tabela 01- Distribuição das respostas dos entrevistados, segundo obtenção de pós-graduação, ano de conclusão e tempo de trabalho no CAPS. Porto Velho-RO, 2016.

Variável	Ano de conclusão da Pós-Graduação	Tempo de trabalho no CAPS
Não	2010	2 anos
Urgência e Emergência em UTI	2010	2 anos
Saúde Mental	Não informado	8 anos
Metodologia do Ensino Superior	2007	4 anos
Enfermagem do Trabalho	2009	4 anos
Gestão de Serviços de Saúde	2006	4 anos
Enfermagem Pediátrica	2012	1 ano

Fonte: Elaboração dos autores

Observando a Tabela 1, vê-se que nenhum dos oito entrevistados havia concluído pós-graduação lato sensu em saúde mental ou psiquiatria à época da entrevista, sendo que um dos entrevistados contava apenas com a graduação; enquanto outro informante concluiu duas pós-graduações. O tempo decorrido desde a conclusão da graduação e o tempo de trabalho parecem não ter ligação com a escolha da área da pós-graduação; visto que o informante com mais tempo de graduação e de trabalho no CAPS também não concluiu pós-graduação em saúde mental ou psiquiatria. Questionados sobre a escolha da área, três entrevistados responderam que a escolha se deu em torno dos cursos ofertados no Estado de Rondônia.

“quando comecei a trabalhar me senti sem chão. Não se tem mesmo uma rotina clara sobre o papel do enfermeiro na saúde mental. Na psiquiatria sim. Na atuação no CAPS a gente faz de tudo, mas termina sem saber o que fazer como enfermeiro. Na formação acadêmica isso não é dito claramente. Nos estágios a gente mais observava todos os profissionais e parecia que os enfermeiros e os psicólogos faziam a mesma coisa” Entrevista 12

Há em todo Estado cinco cursos de graduação em enfermagem, dos quais um está na universidade federal. As dificuldades enfrentadas para se construir uma arquitetura



Artigo

própria para o processo de trabalho da enfermeira no CAPS refletem as dificuldades na formação dos enfermeiros, que durante os campos de estágio permanecem apenas acompanhando todos os profissionais, com algumas restrições, e para fugir de uma atuação difusa preferem inserir alunos e alunas em atividades educativas, que fazem parte do processo de trabalho, mas não o definem.

Quanto ao fluxo dos usuários

Quanto à origem do usuário que chega à sala do enfermeiro no CAPS (Tabela 2) vê-se maior frequência de demanda espontânea e consultório de Psicólogo Particular, com cinco referências, empatado com encaminhamentos dos Centro de Referência Social. Escolas e Conselho tutelar aparecem nas entrevistas, em menor frequência, possivelmente porque o CAPS infantil está implantado há apenas dois anos e a relação mais próxima entre os CAPS Infantil e a escola ainda está por se construir.



Artigo

Tabela 02 – Distribuição das respostas dos entrevistados, segundo a origem e destino dos usuários atendidos por eles no CAPS. Porto Velho-RO, 2016.

ORIGEM	FREQ	DESTINO	FREQ
Demanda espontânea	7	Atendimento pelo psiquiatra no CAPS	7
Conselho tutelar	2	Outro CAPS	2
Escolas	2	Unidades Básicas	1
Unidade básica de Saúde	2	Centro Especializado de Assistência Social	2
Psicólogo particular	5	Atendimento pela psicologia no CAPS	4
Centro de Referência Social	5	Comunidades terapêuticas	2
Comunidades terapêuticas	2	Residência	
Hospital de Pronto Socorro	3	Unidade de Saúde da Família	1
Centro de Referência de Prevenção e Atenção	4	Hospital público	2
A dependência Química – CREPAD			
Ordem Judicial	1	Outros CAPS	4
Unidade de Pronto Atendimento – UP	1	-	-
Outros CAPS	1	-	-

Fonte: Elaboração dos autores

Em relação ao destino do usuário, os mais frequentes foram: atendimento pelo psiquiatra, com sete referências, seguidos por atendimento pela psicologia do próprio CAPS, e encaminhamento a outros CAPS. Chama a atenção na tabela 2 não haver nenhuma referência ao tratamento de enfermagem, ou seja, nenhum usuário permanece com os enfermeiros, o que talvez indique uma das primeiras características do processo de trabalho do enfermeiro no CAPS: fazer seleção para os demais profissionais, sem centralizar o usuário e necessidades em seu processo de trabalho. Esta inferência se faz importante em contraponto à questão formulada durante a entrevista sobre se o profissional tem autonomia no seu trabalho: todos disseram sim. Mas, na medida em que



Artigo

seu trabalho depende do trabalho dos demais profissionais da equipe, a autonomia ganha relatividade.

Além da autonomia, perde-se também o sentido da presença do enfermeiro neste fluxo, uma vez que apenas intermedia e não traz seus conhecimentos específicos de enfermeiro para a atuação organizada, centrada nos métodos, terminologia e conceitos próprios da enfermagem, orientados pela Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e capitaneada pelo Processo de Enfermagem.

Nota-se que, em não havendo autonomia, também não há prioridade da necessidade de saúde que o usuário do CAPS apresenta. Solução para esta discrepância no fluxo talvez seja a implantação do projeto terapêutico pelo enfermeiro, criando um espaço de atuação mais clara, se realocando no fluxo, para também receber usuários provenientes dos atendimentos dos demais profissionais da equipe e dar continuidade ao plano assistencial de enfermagem inserido no Projeto Terapêutico, centrado de fato nas necessidades de saúde do usuário.

Dentre as unidades de registro escolhidas para a análise de conteúdo das entrevistas, o tema “escopo da enfermagem” fez emergir uma lista de atividades referidas como parte do processo de trabalho dos entrevistados, cuja contagem frequencial está na última coluna da Tabela 3.



Artigo

Tabela 03 – Distribuição das respostas dos entrevistados, segundo atividades desenvolvidas no CAPS. Porto Velho-RO, 2016.

Atividades desenvolvidas	Unidade de registro	Freq
Entrevista e acolhimento	Prática assistencial	4
Detectar a necessidade e encaminhar ao profissional específico	Prática assistencial	1
Aplicação de plano terapêutico	Prática assistencial	2
Visitas domiciliares (casos graves)	Prática assistencial	2
Verificar na recepção se há usuários aguardando	Trabalho de auxiliar administrativo	4
Colocar a ficha em ordem de chegada junto ao SAME	Trabalho de auxiliar administrativo	2
Arrumar a mesa, desinfecção com álcool a 70%	Trabalho do pessoal de limpeza	1
Separação dos livros de registro para atendimento	Trabalho de auxiliar administrativo	2
Atendimento no CAPS itinerante	Prática assistencial	1
Palestras nas escolas	Prática assistencial	1
Elaboração de materiais para as atividades educativas	Prática assistencial	1
Preparo de lanches	Trabalho de auxiliar administrativo	1
Participação nas reuniões com outros serviços	Prática assistencial	1
Organização de festas e eventos para os usuários	Prática assistencial	2
Triagem	Trabalho de técnicos de enfermagem	2
Troca de receitas	Fora do escopo da enfermagem	1
Consulta de enfermagem	Prática assistencial	7
Palestra	Prática assistencial	2
Realização de testes rápidos para sífilis, Hepatite e HIV	Prática assistencial	2
Condução de grupos	Prática assistencial	5
Administração de medicamentos	Prática assistencial	1
Dispensação de medicamentos	Trabalho de auxiliar de farmácia	9
Prescrição de medicamentos (em programa de controle do Tabagismo)	Prática assistencial	1

Fonte: elaboração dos autores.



Artigo

As atividades listadas pelos informantes trazem algumas ligadas à prática assistencial, compreendida em sua amplitude, tanto em relação a serem ou não realizadas em equipe; quanto em relação à natureza das atividades.

“Meu trabalho aqui...quando eu chego, eu limpo a mesa com álcool a 70%, separo os livros de registro para fazer o atendimento, vejo qual a sala que está desocupada e começo a atender, chamando na recepção, entrego medicamentos...”

Entrevista 2

“Aqui no CAPS eu faço palestras, eu conduzo grupos, faço o acolhimento. Quando há necessidade eu faço visita domiciliar, mas não é frequente como eu queria, porque a demanda é alta e nem sempre eu faço só coisas de enfermagem. Eu preparo lanches para os eventos, faço cartazes, organizo a chamada na recepção, etc. essas coisas me ocupam bastante.” Entrevista 8

“eu administro medicação quando necessário, faço a palestra de acolhimento, entrego medicamentos na farmácia, organizo as fichas na recepção, faço escuta, faço palestras nas escolas, estamos fazendo reuniões em outros serviços para trocar experiências...” Entrevista 1.

“eu faço palestra de acolhimento, faço triagem quando estamos sem técnicos de enfermagem, organizo eventos, preparo materiais para as palestras, faço escuta, administro medicação...” Entrevista 8

Sendo assim, os elementos constituintes da análise temática trouxeram referências a ações educativas, visitas domiciliares, acolhimento, condução de grupos, execução de projeto terapêutico. Outras se tratam de serviço de auxiliar administrativo, tais como: Separação dos livros para atendimento; verificar na recepção se há usuários aguardando; organizar as fichas por ordem de chegada; dispensar medicamentos; preparar lanches; organizar festas e eventos; outra atividade remete ao pessoal da limpeza: Arrumar a mesa limpando com álcool a 70%. (Tabela 3).

“o paciente vem com receita antiga, precisando pegar mais do medicamento e eu acho que não custa nada trocar, pego o prontuário, vejo qual é a medicação, se tem alguma recomendação de retorno. Aí eu preencho o receituário certinho na dose, na medicação e levo para o psiquiatra só carimbar e assinar.” Entrevista 5

Quanto a referência à troca de receitas na Entrevista 5, de acordo com o depoimento analisado, esta consiste em receber o usuário, consultar o prontuário e após preencher o receituário com o medicamento de uso contínuo e levar à sala do psiquiatra, para que assine e carimbe. A troca é registrada no prontuário e após isto, a receita é entregue ao usuário.



Artigo

Em que pese a boa vontade de quem a pratica, e a simpatia que esta facilidade representa para quem se utiliza dela, por não entrar em fila para ser atendido(a) pelo psiquiatra, esta atividade coloca em risco o usuário, que não é reavaliado pela equipe, para se saber se o medicamento está de fato fazendo efeito ou provocando reações adversas; como está evoluindo ao longo do tratamento; que mudanças em sua vida social, familiar, profissional o tratamento está proporcionando. Apesar de parecer à primeira vista uma ação em direção à necessidade do usuário, ao exame mais de perto se vê que não é isso que de fato acontece. O que foi descrito no depoimento não se trata de uma consulta de enfermagem, mas, de uma simples troca de receita com base na leitura do prontuário.

“quando tem CAPS Itinerante eu sempre vou, a gente atende muita gente...”

Entrevista 1

“faço consulta de enfermagem, mas não aplico o Processo de Enfermagem. Não dá tempo. Estamos tentando criar protocolos e implantar o Projeto Terapêutico”

Entrevista 3

“me preocupo com o projeto terapêutico, mas, o que incomoda é falta de espaço físico para atender.” Entrevista 7

As atividades ligadas à prática assistencial são: consulta de enfermagem, sem aplicação do Processo de Enfermagem; realização de testes rápidos; prescrição de medicamentos no programa específico de controle do tabagismo; acolhimento, condução de grupos, palestras, participação no CAPS itinerante, administração de medicamentos. Nota-se apenas duas referências claras à aplicação do projeto terapêutico, o que é preocupante, pois o projeto terapêutico é fundamental para que os modelos tecnoassistenciais sejam renovados, tendo como referência os usuários.

Quando se utiliza projeto terapêutico centrado nos usuários, pode gerar reflexões sobre as práticas, por significar um arranjo e dispositivo de produção de inovação dos processos de trabalho dos profissionais, gerando uma coprodução de saúde e de sujeitos autônomos para a transformação do modelo de atenção à saúde (VASCONCELOS, JORGE, CATRIB; BEZERRA, FRANCO, 2016).

Não havendo projeto terapêutico aplicado, em parte também por alguma resistência da equipe a inovações, como se vê na Entrevista 7,

“Aqui a gente percebe muita resistência de profissionais e funcionários a inovações, tem que ir com muito jeito, senão não se consegue nada. O Projeto Terapêutico mesmo a gente precisa de adesão para implantar” Entrevista 7



Artigo

Percebe-se aí mais uma característica dos processos de trabalho dos entrevistados. Há menções a atividades de intermédio, que são os encaminhamentos aos demais profissionais no próprio CAPS e as palestras nas escolas, em que tanto a questão educativa, como o intercâmbio entre o serviço e as escolas são efetivados. Houve referências a trabalho em conjunto com psicólogos e assistentes sociais. Com base na análise temática e nas observações realizadas, percebe-se movimentos em direção ao modelo assistencial que extrapola os limites da unidade, buscando na escola o necessário diálogo para o reconhecimento do CAPS como um espaço de toda sociedade, onde se produz saúde e cuidado. Pode-se inferir destes dados, um processo de trabalho difuso, mesclado com outras atividades, que muitas vezes trazem sobrecarga. É um processo de trabalho caracterizado mais por diferenças pessoais do que por limites e modelos tecnoassistenciais.

Quanto aos instrumentos de trabalho, foram listados com maior frequência os formulários; e em menor frequência aparecem esfigmomanômetro, estetoscópio, termômetro, balanças.

“Meu maior desafio aqui é me acostumar a não ter uma sala fixa. Tenho que usar a que estiver desocupada. Mas, eu chego mais cedo e vejo qual vai estar livre.”

Entrevista 1

Sobre a produção coletiva do cuidado:

“não ter sala para fazer os testes rápidos é muito ruim. Não se tem privacidade, faço na sala do serviço social ou onde eu estiver, mas faço.” Entrevista 8

“internet aqui não tem, eu trago a minha e o meu notebook.” Entrevista 8

O tema “escopo da enfermagem” gera outras unidades de significação, tais como “desafios do processo de trabalho”; “estratégias de enfrentamento”. Em relação aos desafios encontrados durante o seu processo de trabalho, as respostas mais frequentes se referem a questões estruturais, como instalações físicas precárias, falta de equipamentos, dificuldades de comunicação entre os colegas; resistências às atualizações propostas para a organização do processo de trabalho por parte dos colegas. Em se tratando de ambiente de trabalho, os informantes referiram adaptações necessárias para terem onde atender os usuários.

As observações realizadas durante a coleta de dados revelaram um dia a dia intenso de atividades realizadas pelo enfermeiro; no entanto algumas atividades não se encaixariam no que se espera de um processo de trabalho em seu sentido mais técnico. Porém, são cheias de significado para os usuários que frequentam o CAPS, pois dilui



Artigo

receios, preconceitos, desmitificam o ambiente, comumente visto como perigoso, imprevisível, assustador.

Nem sempre o processo de trabalho do profissional de saúde provoca transformações passíveis de verificação por mensuração. Muitas vezes as transformações são percebidas e relatadas pela pessoa a quem se ofereceu o serviço. É um processo de trabalho que gera por si só outros processos, alguns dos quais de natureza relacional, envolvendo diferentes agentes, como a pessoa, sua família e comunidade que estão fruindo dos serviços (PEREIRA, GASDA, SÁ, 2014)

Organizar filas, prestar informações sobre funcionamento da unidade, são algumas atividades que se enquadram nos “imponderáveis da vida real” no sentido que Malinowski (1994) tão bem descreve, como sendo elementos sutis que interferem no comportamento, nas reações emocionais do indivíduo e daqueles que o cercam, expressos nas relações. Estes imponderáveis se tornam ainda mais delicados e importantes quando se trata dos CAPS, e fazem parte do processo de trabalho dos enfermeiros entrevistados, sendo ou não, tecnicamente, parte do que é esperado para sua atuação profissional. E por vezes passam despercebidas, outras vezes são tomadas como atos de simpatia e gentileza. Há ainda casos em que os usuários, já acostumados ao acesso fácil, acabam por exigir a presença do enfermeiro no saguão, como sendo já parte do que lhe parece familiar. Os informantes aparentam ter se dado conta do desafio de lidar com pessoas no campo de cuidado em que os vínculos são fundamentais elementos do processo de trabalho. No entanto, mesmo incorporando na sua atuação cotidiana, pela dimensão relacional, não os citam quando questionados sobre quais as atividades que realizam dentro de seu plantão.



Artigo

Figura 01 – Distribuição das respostas dos entrevistados, segundo dificuldades encontradas e adaptações no ambiente de trabalho. Porto Velho-RO, 2016.

Dificuldades	Adaptações realizadas
Falta de sala para atendimento	Usa a sala que estiver livre/ divide a sala com outros profissionais
Falta equipamento para palestras	Usa apenas cartazes
Falta computador para uso do enfermeiro	Traz seu notebook pessoal;
Falta sala de observação/leitos de retaguarda	O usuário fica na recepção ou em alguma sala desocupada após tomar a medicação
Falta sala para testes rápidos	São feitos na sala onde o enfermeiro estiver
Faltainternet	Uso de internet móvel
Não há espaço para as palestras e acolhimento	Usa o saguão da recepção para palestras
Dificuldades de comunicação entre os colegas de turnos diferentes	Tentativas de elaboração de protocolo interno
Resistência de alguns funcionários às tentativas de organização do serviço	Realizações de reuniões com a coordenação do CAPS

Fonte: elaboração dos autores.

Entre as dificuldades enumeradas pelos sujeitos (Figura 1) e as estratégias utilizadas para contorná-las, encontra-se a falta de uma sala para atendimento do enfermeiro e o uso da sala que estiver livre, ou o uso conjunto de uma sala com outros profissionais. Esta dificuldade percebida em serviços instalados há relativamente pouco tempo, é preocupante entre várias razões, sobretudo porque fere a ambiência necessária ao bom exercício do processo de trabalho. Para o Ministério da Saúde (2010), ambiência se ampara conceitualmente em três eixos: confortabilidade; espaço para a produção de subjetividade e arquitetura como ferramenta facilitadora do processo de trabalho. O espaço físico é essencial no processo de trabalho dos enfermeiros, em todas as atividades que o compõem, como o acolhimento, palestras, atendimentos.

Encontrar enfermeiros que não dispõem de um local fixo para se tornar um espaço de relações, onde haja privacidade; exclusividade, conforto de acesso a saída; a bebedouros, lavatórios, tudo o que traz bem-estar e segurança ao usuário, explica as dificuldades encontradas quando se pensa em descrever o seu processo de trabalho dentro



Artigo

de uma concepção do modelo de gestão e atenção à saúde mental em que a ambiência é fundamental.

Na perspectiva da unidade temática, as soluções construídas pelos informantes para o enfrentamento dos desafios vão desde a adaptação de seu trabalho à condição de itinerante, utilizando outras salas a cada momento em que estejam livres; o que pode confundir o usuário; por não haver uma continuidade no uso da sala; acarretando atrasos, materiais incompletos, dificuldades de adaptação ao ambiente. No que se refere às soluções próprias a problemas de equipamentos, como trazer ao trabalho seu notebook, modem de internet móvel demonstra o compromisso com o trabalho, dedicação ao usuário. No entanto, evidencia alguma dificuldade de interlocução com a gestão imediata, pois não houve referências a solicitações de equipamentos à direção da unidade.

Sobre a produção coletiva do cuidado

“nem todos os psiquiatras realmente querem discutir com a equipe coisas do funcionamento do CAPS. Maior parte das vezes se isolam.” Entrevista 12.

“a gente não se fala muito, nossa comunicação é precária, todo mundo tem muita coisa pra fazer e quando se fala em reunião, nunca se consegue.” Entrevista 7

Os trechos de depoimento acima confirmam o que se previa na década de 1980: (i) distanciamento do médico em relação aos interesses dos pacientes; (ii) isolamento deste profissional e o seu desconhecimento da importância das diferentes práticas profissionais; (iii) predominância de modalidades de intervenção centradas nas tecnologias duras, e (iv) saber estruturado reduzido à produção de procedimentos (SILVA, ACIOLE, LANCMAN, 2017).

Não havendo discussão, nem trabalho coletivo, o processo de trabalho segue ligado à lógica burocrática; isolado ou articulado ocasionalmente, quando há alguma demanda que o justifique; centrado nas tecnologias duras; reproduzindo modelo hospitalar com algumas adaptações, contrariando o que diz a lei de proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (BRASIL, 2011; BESTETTI, 2014; SILVA, ACIOLE, LANCMAN, 2017).

LIMITES DO ESTUDO

Reconhecem-se os limites do estudo, pelo fato de se limitar aos CAPS localizados na capital do Estado. Estendendo-se a coleta de dados aos CAPS situados no interior do Estado acreditam-se encontrar realidades ainda mais críticas. No entanto, a contribuição do estudo realizado se faz indiscutível, uma vez que se trata do primeiro estudo desta natureza sobre este objeto realizado no estado de Rondônia. A pesquisa permitiu delinear o Processo de Trabalho do enfermeiro do CAPS, evidenciando contradições,



Artigo

características e lacunas, de modo a tornar possível elaboração de políticas públicas para intervir, reorientando, garantindo novas condições de trabalho o que vai repercutir na assistência de enfermagem que se oferece à população usuária.

CONCLUSÃO

Os objetivos traçados para o estudo foram alcançados, já que se tem uma delimitação do perfil dos enfermeiros atuantes nos CAPS na cidade de Porto Velho, em sua maioria do gênero feminino; sem pós-graduação na área da Saúde Mental; com idade média de 32 anos.

A arquitetura do processo de trabalho dos enfermeiros está assim constituída: Atividades predominantemente dentro do escopo da enfermagem, ameaçadas pela interferência de parcela significativa de atividades fora do escopo. Precariedade dos instrumentos de trabalho; fluxo de trabalho confuso, ocupado por simples triagem que poderia ser realizada pelos técnicos de enfermagem. O enfermeiro não recebe de volta o usuário encaminhado e não recebe usuários encaminhados por outros profissionais. Por este motivo seu processo de trabalho parece desconexo, quando na verdade sua atuação no cotidiano está diretamente ligada aos demais profissionais membros da equipe assistencial.

A análise do fluxo do usuário e suas precariedades traz uma evidência: a não execução do projeto terapêutico. Sendo implantado no CAPS, o projeto terapêutico traz todas as atribuições conjuntas e individuais de cada profissional que compõe a equipe, promovendo discussões e reflexões contínuas sobre os modelos tecnoassistenciais empregados e suas consequências.

Entre os principais achados, na realidade local, alguns encaminhamentos são propostos neste estudo, tais como: necessidade de atuação clara do gestor local e estadual com vistas a prover os CAPS de pessoal administrativo; pessoal de limpeza; equipamentos; reforma e ampliação com projetos arquitetônicos com as normas regulamentares estabelecem, para garantir a ambiência laboral.



Artigo

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Arisa Nara Saldanha. **Cuidado Clínico de Enfermagem em Saúde Mental**: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito [Dissertação]. Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde, UECE. Fortaleza-CE, 2009.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 20, v.3 p. 905-912, 2015.
- BARDIN, Lawrence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BESTETTI, Maria Luisa Trindade. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, n.17, v.3, p. 601-610, 2014
- BEZERRA JR, Benilton. **Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n.17, v.2, p.243-250, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: 06 Apr 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- LORENZETTI, Jorge. et al. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, n. 23, v. 2, p. 417-425, 2014.
- MALINOWSKI, Bronislaw. **Os argonautas do Pacífico Ocidental**: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. 3. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1984.



Artigo

MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-ABRASCO, 1985.

MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde, uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, Emerson et al.(organizadores). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte:** reescrevendo o público: São Paulo: Xamã; 1988.

MERHY, Emerson Elias. **O ato de cuidar:** a alma dos serviços de saúde. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva e Social. UNICAMP, 1994.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. (Saúde em Debate, 145).

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lilia Blima. **Processo de trabalho em saúde.** Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html> acesso em 4 de setembro de 2017.

PEREIRA, Wilma S.B; GASDA, Élio E; Sá, Ana C. Olhar ético-político sobre o processo de trabalho em saúde ante os desafios da modernidade: reflexões e contribuições. **Journal of Nursing UFPE on Line.** Recife, n.8, v.1, p. 3197-3205, 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6357>[acesso em 12 de dezembro de 2016].

ROCHA, Semiramis Melani Melo; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-americana de enfermagem,** Ribeirão Preto, n. 8, v. 6, p. 96-101, 2000.

SILVA, JDG; ACIOLE, GG; LANCMAN, S. Ambivalências no cuidado em saúde mental: a 'loucura' do trabalho e a saúde dos trabalhadores. Um estudo de caso da



Temas em Saúde

Volume 18, Número 1

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

clínica do trabalho. Revista Interface, Botucatu, n. 21, v. 63, p. 881-892. Outubro-novembro-dezembro 2017.

VASCONCELOS, Mardênia F. G.; JORGE, Maria Salete Bessa.; CATRIB, Ana Maria F.; BEZERRA, Indara C.; FRANCO, Túlio B. Projeto Terapeutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Interface - Comunicação Saúde Educação**, n. 20, v.57, p. 313-323, 2016



ANÁLISE DA ARQUITETURA DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIROS EM SAÚDE MENTAL: DA LIMPEZA À ASSISTÊNCIA

Páginas 283 a 304

Artigo

**TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA: ABORDANDO AS
CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA DO AUTOCUIDADO**

**TREATMENT OF CHRONIC RENAL DISEASE: ADDRESSING THE
CONTRIBUTIONS OF THE SELF-CARE THEORY**

Vanderléia Xavier¹
Carlos Bezerra de Lima²

RESUMO - O presente artigo relata a respeito das contribuições da teoria do autocuidado para o tratamento da doença renal crônica. O objetivo da pesquisa é proporcionar maior nível de esclarecimento sobre a patologia abordada e ressaltar a importância da teoria de Orem na terapêutica. A metodologia referida é uma pesquisa bibliográfica do tipo sistemática, realizada por meio do método hipotético-dedutivo e o procedimento metodológico foi a documentação indireta, no qual foram utilizados livros, artigos científicos, periódicos, bibliotecas virtuais como fontes. Portanto, o método terapêutico indicado para tratar da doença renal crônica muito pode melhorar a qualidade de vida do paciente quando associado à teoria do autocuidado, por enfatizar a autonomia do indivíduo.

Palavras-chave: Doença Renal Crônica, Tratamento e Teoria do Autocuidado.

ABSTRACT - This paper reports about the contributions of self-care theory for the treatment of chronic kidney disease. The objective of the research is to provide a higher level of knowledge about the pathology addressed and highlight the importance of Orem's theory in therapy. This methodology is a systematic literature search of the type held by the hypothetical-deductive method and methodological procedure was the indirect documentation in which books were used, scientific, journal articles, virtual libraries as

¹ Enfermeira. Concluinte do Curso de Especialização em Nefrologia

² Enfermeiro. Doutor em enfermagem. Orientador deste estudo



Artigo

sources. Therefore, the therapeutic method indicated to treat chronic kidney disease can greatly improve the quality of life of patients when associated with self-care theory by emphasizing autonomy the individual.

Keywords: Kidney Disease. Treatment. Self-Care Theory.

INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) é considerada no atual contexto social por diversos especialistas da área como uma espécie de pandemia. Particularmente no Brasil, o índice de crescimento dessa patologia é avassalador entre a população brasileira, exibindo um péssimo prognóstico. Esta situação vem acarretando sérios problemas à saúde da população, com sofrimento, limitações e perdas, o que se agrava com os custos do tratamento que são caríssimos.

Apesar dos avanços em conhecimento científico específico, em tecnologias e equipamentos, o número de pessoas vítimas dessa nefropatia progride em escala ascendente em nível global. A dimensão do dilema é tão preocupante que nos dias atuais esta enfermidade vem sendo considerada como uma questão de saúde pública (BASTOS, 2010). Ressalte-se que o Censo 2010 da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) contabilizou um quantitativo de 10 milhões de pessoas acometidas por algum tipo de distúrbio renal, sendo que cerca de 70% ignoram a sua existência (TANAKA, 2013).

Para agravar ainda mais este cenário uma parcela significativa dos indivíduos acometidos por essa enfermidade não detém o necessário conhecimento para a vigilância quanto a sua prevenção. Ademais os casos de nefropatias são diagnosticados tardiamente e tratados, muitas vezes, de maneira errônea. Dessa maneira, tais situações vão se constituindo em enormes perdas como o desperdício de tempo do método terapêutico adequado (PINHO, 2015).

Oportuno se faz ressaltar que a doença renal crônica (DRC) também provoca profundas alterações na rotina dos indivíduos, como por exemplo, na restrição nos exercícios cotidianos, como a alimentação e normalmente por causa da penosa terapia afeta diretamente sua qualidade de vida (BOA SORTE e MODESTO, 2014). Outro fator primordial é o elevado custo dos procedimentos para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois existe um impasse entre o número de doentes que carecem de imediata intervenção e os recursos econômicos reais disponibilizados, como ressalta Ferreira (2012).



Artigo

Tais considerações deixam evidente que a especialidade de nefrologia requer uma grande e apropriada estrutura assistencial. Como nem sempre os serviços especializados dispõem disso, não fornecendo os mecanismos necessários a uma assistência eficaz e resolutive, resultará em sérios problemas no nível do tratamento (DA LUZ, 2013). Mais precisamente, no primeiro momento são prescritos medicamentos e indicado mudança nos hábitos alimentares. Com o decorrer do desenvolvimento da doença, torna-se necessária a aplicação da terapia renal substitutiva (TRS), que compreende: a diálise peritoneal (DP), a hemodiálise (HD) e por último o transplante renal (TR) (CRUZ et al., 2016)

A doença renal crônica acarreta grandes sofrimentos aos indivíduos. Por ela acometidos, um dos modos possíveis para atenuar o sofrimento dos portadores renais crônicos é a aplicação da Teoria do Autocuidado (TA) de Dorothea Elizabeth Orem. A tese versa sobre o papel desempenhado pela enfermeira, em relação ao esclarecimento da patologia e as ações que devem ser adotadas, tendo como desígnio incentivá-los a cada vez mais a gozarem de autonomia (FREIRE, 2016).

Em concordância com os argumentos apresentados, esta pesquisa tem por propósito ampliar mais o conhecimento a respeito da doença renal crônica, suas implicações e abordar essencialmente a relevância da teoria do autocuidado no ensino do cuidar pelo profissional de enfermagem. Seu desenvolvimento seguirá o rumo determinado pelo objetivo geral – Compreender as características gerais da doença renal crônica, suas implicações para a saúde do indivíduo por ela acometido e os recursos disponíveis para o necessário tratamento; e dos objetivos específicos: Apresentar os aspectos gerais e epidemiológicos da doença renal crônica e as implicações desta patologia para organismo humano; descrever as modalidades da terapia renal substitutiva; e determinar a contribuição da teoria do autocuidado na assistência de enfermagem ao indivíduo com doença renal crônica.

METODOLOGIA

Este estudo consiste de uma revisão bibliográfica do tipo sistemática, uma forma de síntese de evidências que determina criteriosamente e traduz todos os dados pertinentes acessíveis para uma indagação específica, por se referir a uma técnica explícita e organizada para reconhecer, separar e qualificar o nível do embasamento científico. São estudos efetuados por uma estrutura auditável, exigente e verídica (BRASIL, 2012). Foi



Artigo

desenvolvido mediante a aplicação do método hipotético dedutivo. Esta opção se justifica em virtude de sua extrema relevância em aperfeiçoar os conhecimentos humanos em determinada área científica, devido se originar de um questionamento, da formulação de hipóteses sobre a temática apresentada e convalidar as informações levantadas (GIL, 2010).

A abordagem escolhida é de caráter qualitativo. Este tipo de pesquisa torna-se frequente, por ser mais comumente utilizada na literatura e mostrar a magnitude de inserir muitas variantes. No entanto, existe uma controvérsia em indicar uma falsa divergência entre o quantitativo e o qualitativo, que precisa ser corrigida, logo a matéria se respalda na ênfase e não na exclusividade da questão proposta (ALVES, 2013).

Em relação ao procedimento metodológico, executar-se-á por meio de documentação indireta que representa a investigação de base científica sobre o tema tratado. Esse levantamento de dados foi concretizado por meio da pesquisa bibliográfica em livros, artigos, periódicos, bibliotecas virtuais Scientific Eletroni Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e busca manual na biblioteca da Universidade Católica de Brasília. O estudo elaborado, tal como, as devidas análises serão sistematizadas e proporcionarão suporte adequado para trabalho monográfico que se almeja formular.

ASPECTOS GERAIS DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

O sistema renal é composto por dois órgãos denominados de rins, que executam vasta parcela das tarefas de eliminação, filtragem sanguínea e realizam a remoção dos resquícios metabólicos do organismo (PIROG, 2015). Em detalhes minuciosos, os rins tem como funções: formação da urina, expulsão dos produtos residuais, ajuste dos eletrólitos, regulação da estabilidade ácido básico, administração da pressão arterial, controle da produção de eritrócitos, síntese da vitamina D para a maneira operante, eliminação das prostaglandinas, coordena o equilíbrio de fósforo e cálcio, estimula o hormônio do crescimento e a clearance renal (SMELTZER, 2010).

Há comentários na literatura revisada neste estudo de que as atribuições exercidas pelo complexo renal são substanciais para a conservação do equilíbrio corporal. Tanto se acontecer, redução crescente de suas atividades pode possivelmente comprometer no funcionamento dos demais sistemas (SIVIERO et al., 2013). Em termos mais específicos, a taxa de filtração glomerular (TFG) avalia o desempenho do órgão e quando ocorre



Artigo

sucessivas perdas em sua qualidade, adicionada a diminuição das suas funções endócrinas, regulatórias e excretórias resulta no início da doença renal crônica (DRC) (MARQUES et al., 2015).

Assim, a DRC é descrita pelo decréscimo contínuo e inconvertível do trabalho renal. Sua acepção se fundamenta basicamente em dois elementos, que aparecem sozinhos ou em associações com outros fatores. São eles: desequilíbrios funcionais e/ou basilares por um tempo superior ou equivalente a três meses, ou melhor os danos estruturais e/ou o valor da instilação glomerular inferior $60\text{ml}/\text{min}/1,73/\text{m}^2$; neste exemplo sem ou com lesão (LINS et al., 2013).

De acordo com o que orientam as diretrizes clínicas, a TFG pode ser mensurada com base no doseamento sérico da creatinina, por intermédio do uso de fórmulas matemáticas regulamentadas, nos quais utilizam as variáveis demográficas para efetuarem os cálculos (ROCHA, 2014).

Na fase inicial das nefropatias, grande parte das pessoas se apresentam assintomáticas, com isso dificulta o diagnóstico precoce, que proporcionaria maior efetividade da terapêutica aplicada (MELO, 2013). Em meio à população geral, os grupos alvos mais suscetíveis de manifestarem tais patologias são: Indivíduos com hipertensão arterial, os que apresentam diabetes, tanto do tipo 1 quando do tipo 2, idosos, tabagistas, pessoas com obesidade, com índice de massa corporal acima de $30\text{kg}/\text{m}^2$, histórico familiar de DRC e cardiovascular (COSTA, 2014).

A especificidade evolutiva da doença renal crônica segmenta-se em duas abordagens a clínica e a epidemiológica, podendo passar por diversas etapas. No estágio mais avançado da DRC, a TFG alcança níveis baixíssimos de aproximadamente $15\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$, instaurando a falência funcional renal (FFR), evidenciando o momento mais crítico da doença. No último período dos estágios, precisa-se do auxílio da TRS, esta possui as seguintes modalidades: diálise peritoneal, hemodiálise e transplante renal. Devem-se avaliar criteriosamente as vantagens e desvantagens de cada uma, porque atingirá diretamente a padrão de vida e até mesmo a sobrevivência dos acometidos (ALVARES et al., 2013).

MODALIDADES DA TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA

Os métodos de TRS não disputam entre si, ou seja, se complementam. É necessário elaborar um programa individualizado permitindo uma abordagem integrada,



Artigo

combinando os três procedimentos disponíveis com a finalidade de assegurar um tratamento eficaz (PECOITS (2015). Bastos (2010) defende que o método ideal consistiu em três alicerces: diagnóstico precoce, começo imediato da interferência clínica tendo atenção a anamnese de cada sujeito e elaborar os cuidados assistenciais.

Com o passar do tempo, houve uma propagação exorbitante da quantidade de pessoas submetidas à terapia dialítica, sendo demonstrado por seus valores no ano de 2000 de 42.695, chegando a 91.314 em 2011, no qual a hemodiálise (HD) é mais comumente aderida (LOPES, 2014). O processo de realização da DP consiste na filtragem sanguínea através do peritônio, membrana que reveste os órgãos internos na região abdominal. Ele atua como um tipo de dialisador, ou seja, uma membrana semipermeável possui muitos e distintos poros formando uma fisiologia relativamente complexa (MACHADO E PINHATI, 2014). Esse método utiliza a solução dialítica, conhecido popularmente como de banho de diálise, cuja ação é de purificação. A solução passa da bolsa de plástico por meio do cateter para a cavidade do abdômen, no qual permanece por diversas horas. Logo após, a solução é drenada e uma nova retorna para recomeçar a depuração. São realizadas em torno de 3 a 6 trocas durante o dia (FRANCO et al., 2015).

No geral, esta intervenção é a primeira escolha para tratar a DRC, principalmente em adolescentes e crianças. Suas vantagens são: assegurar melhor controle bioquímico da uremia, anemia e hipertensão arterial, ajustando a preservação da função renal residual, nutrição e ingestão de líquidos (MACHADO e PINHATI, 2014). Por outro lado, a DP pode causar danos se não tiver cuidados rigorosos como: situação aceitável da residência, assepsia do local, os familiares devem ter conhecimento e segurança para auxiliar no procedimento, entre outros (OLIVEIRA, 2016). Para sua contra-indicação, o dado mais relevante é o aparecimento de lesão peritoneal provocada por doença maligna ou fibrose. Seu aparecimento pode acontecer em consequência de vários episódios de peritonite, sendo comum também o abandono do tratamento (CESTARI et al., 2013).

Já a hemodiálise faz a remoção de substâncias tóxicas e corrige as transformações internas mediante a circulação do leito vascular em um aparelho destinado a essa finalidade. O mecanismo fundamenta-se na passagem de sangue para o meio externo em compartimentos ou tubos constituídos de uma membrana semipermeável, que é continuamente irrigada por um composto eletrolítico, quando os condutores de energia se modificam ao entrarem em contato com a água (MORAES e SANTOS, 2013).

As opções de acesso para execução da HD são: próteses, fístula arteriovenosa ou cateter (RUDNICKI, 2014). Esta modalidade destaca a vantagem de ter alto poder de depuração das toxinas urêmicas que são constituídas de baixo peso molecular. Contudo,



Artigo

existem também desvantagens relacionadas, sendo: exigência de anticoagulação, restrição alimentar e de líquidos. Com isso, podem aparecer efeitos colaterais interdialíticos como: disritmias cardíacas, náuseas, vômitos, hipotensão ou hipertensão, reações de hipersensibilidade, entre outros (MATIAS, 2015). Mesmo com todos os benefícios da diálise peritoneal e da hemodiálise ao que se refere a melhora da qualidade e expectativa de vida do indivíduo doente, infelizmente provocam graves reações de debilidade ao organismo em virtude de ambas serem de caráter contínuo (SANTOS, 2010).

Outra possibilidade de tratamento é o transplante renal, que consiste no ato cirúrgico de remoção de um rim totalmente comprometido no desempenho de suas funções por um saudável de uma pessoa para outra, podendo ser de doador vivo ou retirado de um cadáver (LUCENA et al., 2013). Argumenta De Moraes (2016) que, o procedimento concede uma melhor expectativa de vida, diminui as chances de morte e dependendo das particularidades de cada indivíduo, pode ser de menor valor econômico que a diálise. Outro motivo que tem fortalecido a decisão para a realização desta modalidade é o desenvolvimento tecnológico ao que se trata da terapia de imunossupressão, o aperfeiçoamento do procedimento cirúrgico e os meios mais eficientes de preservação dos órgãos (PRATES et al., 2016).

Porém, para ser concretizado o transplante renal o receptor deve estar primeiramente cadastrado na lista única de espera para receber o órgão. Também precisa passar pelo aconselhamento a respeito dos riscos e benefícios do procedimento (MOURA et al., 2014).

TEORIA DO AUTOUIDADO

Desde os primórdios da história da humanidade nota-se a existência da Enfermagem não como ciência, mas como ações concretas norteadoras direcionadas no sentido de solucionar ou amenizar as debilidades orgânicas oriundas de diversas situações, como aborda Raiomondo et al. (2012). Para este autor, o vocábulo teoria significa uma intelectualização filosófica que mostra uma visão ordenada da maneira como os fenômenos estão relacionados entre si. Seus propósitos essenciais são: oferecer definição aos dados científicos, concentrar o saber real em conjuntos adequados, incentivar novos estudos, direcionar a pesquisa, assim como, esclarecer a origem do vínculo entre os pressupostos.



Artigo

As teorias de enfermagem proporcionam alicerce científico para a execução do processo assistencial de enfermagem. Cada uma dessas teorias possui importante função, tanto no aspecto empírico do conhecimento, como no embasamento técnico científico (PALHARES, 2015). A aplicação de uma teoria é relevante, pois, desempenha o papel de subsidiar as práticas assistenciais. Discorre-se de uma definição sistemática e articulada dos conhecimentos adquiridos que fundamentam o cuidado prestado ao paciente (MARTINS, 2013).

A Teoria do Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem foi elaborada pela empresária e enfermeira estadunidense no período de 1959 a 1985 (BEZERRA et al., 2012). Os princípios defendidos por Orem têm a mesma lógica aplicada em muitas outras áreas da ciência, pois procuram elucidar episódios e ocorrências e, nesta perspectiva ocorre uma associação de ideias que possibilitem a estrutura para justificar a conduta devida em distintas ocasiões da prática assistencial da enfermagem (PIRES, 2015).

Neste campo específico, existe a responsabilidade de se associar a tese às ações de assistência de enfermagem, porque conforme novas circunstâncias vão aparecendo, o profissional deve identificar e alicerçar suas ações em conhecimentos científicos adequados de acordo com a exigência da ocasião (LUZ, 2013). Ressalte-se que, conforme a teorista, a enfermagem é considerada um serviço voltado ao ser humano em especial no momento em que apresentam fragilidades orgânicas e precisam ser assistidas em suas dificuldades (SILVA; MURAL, 2012). A tese firma-se nos pressupostos da promoção do autocuidado, no qual deve ser a meta da enfermagem possibilitar ao indivíduo entender sobre sua doença e adotar ações com a finalidade de estimular a máxima de independência possível em conformidade com o seu estado clínico (CORREIA et al., 2014).

Guedes (2013) comenta os elementos condicionantes internos e externos imprescindíveis para realização do autocuidado, sendo: sexo, faixa etária, condição de saúde, nível cognitivo, razões familiares, situação econômica, entre outros. A tese fundamenta-se em três divisões relevantes inter-relacionadas que a formam, sendo: a Teoria do Autocuidado (TA), a Teoria do Déficit do Autocuidado (TDA) e a Teoria de Sistemas de Enfermagem (TSE) (CAETANO, 2012). Contudo, o autocuidado é o primeiro aspecto a ser analisado, pois possui a intenção de encorajar a prática de condutas em benefícios da saúde e qualidade de vida. Ou seja, os pacientes precisam ser incentivados a cuidarem de si e ter participação ativa no tratamento (SANTOS et al., 2014).

A teoria do déficit de autocuidado refere-se aos cuidados de enfermagem que visem corrigir as deficiências apresentadas pelos pacientes para cuidarem de sua saúde.



Artigo

De acordo com Orem são cinco formas de auxílio: ensinar, fazer para a pessoa, propiciar cuidado psicológico e físico, harmonizar o ambiente para facilitar a realização de suas necessidades e orientá-lo (CONCEIÇÃO et al., 2014).

A teoria dos sistemas de enfermagem descreve o modo como profissional interfere em relação aos déficits de autocuidado do doente. São eles: totalmente compensatório depende da enfermeira para executar todas as assistências, parcialmente compensatório há uma relação de parceira da enfermeira com o paciente e apoio educativo quando ele consegue desenvolver suas atividades de autocuidado (COSTA; CASTRO, 2014).

A TEORIA DO AUTOCUIDADO NO TRATAMENTO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

A relevância da teoria do autocuidado paira na interação entre profissional e a pessoa por ele cuidada. Nessa relação, o diálogo é uma peça fundamental de meio educativo que propicia ao indivíduo e sua família uma relação horizontal com o profissional de saúde, na qual são expostas as dúvidas a respeito da enfermidade e do tratamento, ressaltando que a doença renal crônica (DRC) é grave e exige mudança brusca no estilo de vida do indivíduo por ela acometido (ACIOLI et al., 2014). Oportuno se faz evidenciar que, a partir do diagnóstico da patologia intercorrem várias modificações no cotidiano do enfermo. Essas transformações não se limitam apenas a ele, mas também a sua família que se não for bem amparada poderá não suportar as adversidades desencadeadas pela moléstia (SILVA; TREVISAN, 2010).

Vieira et al. (2010) argumentam sobre a importância da relação profissional com o indivíduo doente, na qual objetiva identificar problemas e intervenções possíveis. Para conseguir resultados satisfatórios a enfermeira necessita compreender as particularidades de cada um, principalmente a respeito das condições de vida. Aliado a esse fator, deve-se incentivá-lo a participar de ações que auxiliem no tratamento. Essas atividades podem ser concretizadas pela promoção de saúde, que tem a função de gerar no paciente uma sensação benéfica de saúde e bem estar (SILVA et al., 010).

Nessa perspectiva, o respaldo de informação auxilia positivamente tendo o intuito de conservar e melhorar a saúde física e psicológica do portador de disfunção renal de acordo com o estágio da doença em que ele se encontra (BRANCO; LISBOA, 2015). Isso porque, a educação em saúde é o pilar de sustentação da prática da teoria do autocuidado. Quando adotada adequadamente melhora o quadro clínico, evita intercorrências clínicas



Artigo

e o mais importante possibilitam maior autonomia e bem estar ao paciente (MARTINS, 2013). Além disso, a educação em saúde visa contribuir para o aperfeiçoamento das práticas assistenciais, principalmente na relação do profissional da área da saúde com o paciente.

Essas técnicas de trabalho precisam estar fundamentadas em novos conhecimentos científicos e tecnológicos acessíveis (LEITE, 2016). As ações de enfermagem são constituídas por fatores que fundamentam o processo de educar e cuidar, visando atender às necessidades humanas básicas de cada indivíduo nos aspectos físico, mental e espiritual (SILVA et al., 2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença renal crônica é uma das patologias que mais assolam a humanidade atualmente, pois suas proporções são sem precedentes em termos de incidência e danos físicos, mentais e espirituais aos indivíduos e custos econômicos para a sociedade. Com isso, exigem-se soluções enérgicas para promover uma verdadeira transformação neste contexto.

Os métodos terapêuticos indicados como estrutura basilar no enfrentamento e evolução desta enfermidade apresentam um caráter muito agressivo ao organismo. Por isso, torna-se imprescindível o apoio da família ao paciente, em especial na adoção de medidas alternativas que sejam de fácil aprendizado para tratamento da doença.

Esta reflexão pretendeu apresentar uma maneira eficaz de lidar com a enfermidade abordada por meio da Teoria do Autocuidado de autoria de Dorothea Orem. Nesta teoria, a tese ressalta o papel da enfermeira em motivar o paciente, utilizando a abordagem educativa, para promover a qualidade de vida no que diz respeito à saúde já comprometida, levando em consideração o estado clínico em que se encontra o indivíduo com doença renal crônica. A estratégia da educação em saúde visa estimular o indivíduo a lutar por mais autonomia.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, Sônia et al. **Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica.** Revista Enfermagem UERJ [Internet], v. 22, n. 5, p. 637-42, 2014. Disponível



Artigo

em:<https://www.researchgate.net/profile/Magda_Faria/publication/273912639_Praticas_de_cuidado_o_papel_do_enfermeiro_na_atencao_basica/links/55ef604f08ae199d47c00fe4.pdf> Acesso em: 19/09/2014.

ALVARES, Juliana et al. **Fatores associados à qualidade de vida de pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil.** Cienc Saude Coletiva, v. 18, n. 7, p. 1903-10, 2013. Disponível

em:<https://www.researchgate.net/profile/Alessandra_Almeida3/publication/245537973_Factors_associated_with_quality_of_life_in_patients_in_renal_replacement_therapy_in_Brazil/links/0a85e531f8c90a2070000000.pdf> Acesso em: 19/09/2016.

ALVES, Alda Judith. **O planejamento de pesquisas qualitativas em educação.**

Cadernos de pesquisa, n. 77, p. 53-61, 2013. Disponível em:

<<http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/1042>> Acesso em: 01/05/2016.

BARBOSA, I.M. et al. **Prática do autocuidado em prostitutas : aplicação do processo de enfermagem segundo a teoria de Orem .**Enfermagem em Foco [publicação do] Conselho Federal de Enfermagem, v.1, n.1, maio, 2010.

BASTOS, M. G.; RACHEL, B.; GIANNA, M. K. **Doença renal crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável.** Rev. Assoc. Med. Bras. v. 56, n.2, p. 248-253, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n2/a28v56n2> > Acesso em 09/03/2016.

BEZERRA, Maria Luiza Rêgo et al. **Diagnósticos de enfermagem conforme a teoria do autocuidado de Orem para pacientes em tratamento hemodialítico.** Revista Ciência em Extensão, v. 8, n. 1, p. 60-81, 2012. Disponível

em:<http://200.145.6.204/index.php/revista_proex/article/view/533/631> Acesso em: 11/03/2016.

BOA SORTE, Elionara Teixeira; MODESTO, Ana Paula. **Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica: uma revisão integrativa.** Revista Saúde e Desenvolvimento, v. 6, n. 3, p. 154-166, 2014. Disponível em:



Artigo

<<http://grupouninter.com.br/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/335/229>> Acesso em: 11/03/2016.

BRANCO, Joyce Martins Arimatea; LISBOA, Marcia Tereza Luz. **Tratamento com diálise peritoneal: a prática do autocuidado no contexto familiar.** Revista Enfermagem UERJ, v. 23, n. 3, p. 344-349, 2015. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/5132/13771>> Acesso em: 15/03/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados.** Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_metodologicas_elaboracao_sistemica.pdf> Acesso em: 30/03/2016.

CAETANO, Joselany Áfio et al. **Diagnósticos de enfermagem embasados na teoria do autocuidado em pessoas com deficiência visual.** 2012. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/4483/1/2012_art_malima.pdf> Acesso em: 19/09/2016.

CESTARI, Alexandre Tagliari et al. **Peritonite esclerosante encapsulante e pós-diálise peritoneal.** Jornal Brasileiro de Nefrologia, 2013. Disponível em: <<http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/7640/S01012800201300010010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 19/09/2016.

CONCEIÇÃO, Ivone Renor da Silva et al. **A teoria do autocuidado de Dorothea Orem.** 2014. Disponível em: <<http://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/820/pdf>> Acesso em: 30/03/2016.

CORREIA, Marisa Dibbern Lopes et al. **Diagnósticos e intervenções de enfermagem em indivíduos hipertensos e diabéticos à luz de Orem.** 2014. Disponível em:



Artigo

<http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11369/1/2014_art_pcmoura.pdf> Acesso em: 19/09/2016.

COSTA, Márcio Henrique Sá Netto et al. **Definição, epidemiologia e diagnóstico da doença renal crônica.** 2014. Disponível em:

<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1843>> Acesso em: 10/03/2016.

COSTA, Sibely Rabaça Dias da; CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de. **Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar.**

Revista Brasileira de Enfermagem, v. 67, n. 6, p. 979-986, 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672014000600979&script=sci_abstract> Acesso em: 19/09/2016

CRUZ, Micheli Rezende Ferreira et al. **Descoberta da doença renal crônica e o cotidiano da hemodiálise.** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 15, n. 1, p. 36-43, 2016.

Disponível em;

<<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/25399/17020>>

Acesso em: 19/09/2016.

DA LUZ, Kely Regina et al. **Cuidados paliativos na doença renal crônica: uma revisão integrativa.** Enfermagem em Foco, v. 4, n. 2, 2013. Disponível em:

<<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/516/199>>

Acesso em: 19/09/2016.

DE MORAIS, Regina de Fátima Cruz et al. **Adesão à terapia imunossupressora em receptores de transplante renal.** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 15, n. 1, p. 148-154, 2016. Disponível em:

<<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/28029/17047>> Acesso

em : 19/09/2016.

FERREIRA, Charlene Dyane Macedo. **Análise de custos da doença renal crônica nos estágios 3 a 5 pré-dialítico para o Sistema Único de Saúde.** 2012.

Disponível em: <<http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2013/03/AN%C3%81LISE-DE-CUSTOS-CD.pdf>> Acesso em: 11/03/2016.



Artigo

FRANCO, Marcia Regina Gianotti et al. **Diálise peritoneal no idoso: análise de uma coorte multicêntrica brasileira.** 2015. Disponível em:

<<http://repositorio.ufjf.br:8080/xmlui/bitstream/handle/ufjf/1328/marciareginagianottifrancopdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em :19/09/2016.

FREIRE, Luciana Bertoso de Vasconcelos. **Autocuidado e cuidado de dependente em diálise peritoneal ambulatorial contínua: um estudo da Teoria de Orem.**

2016. Disponível em:

<http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19488/1/2015_LucianaBertosodeVasconcelosFreire.pdf> Acesso em: 19/09/2016.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 edição, São Paulo: Atlas, 2010, 41p.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante et al. **Prática de autocuidado de estomizados: contribuições da Teoria de Orem.** 2013.

Disponível em:

<http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/11723/1/2013_art_lcgmenezes.pdf> Acesso em :07/09/2016.

LEITE, Luciana Fernandes Amaro. **Doença renal crônica como foco para a educação permanente em saúde.** 2016. Disponível em:

<http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/bitstream/1/1031/1/luciana_fernandes_amaro_leite.pdf> Acesso em: 15/09/2016.

LINS, Silvia Maria de Sá Basílio et al. **Subconjunto de conceitos diagnósticos da CIPE® para portadores de doença renal crônica.** Revista Brasileira de Enfermagem, v.66, n.2, p.180-189, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/05.pdf>> Acesso em: 16/03/2016.

LOPES, Jéssica Maria et al. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes renais crônicos em diálise.** Acta Paul Enferm, v.27, n.3, p. 230-236, 2014. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v27/n3/v27n3a0.pdf#page=44>> Acesso em: 17/03/2016.



Artigo

LUCENA, Amália de Fátima, et al. **Complicações infecciosas no transplante renal e suas implicações às intervenções de enfermagem: revisão integrativa.** Revista de Enfermagem UFPE on line. Recife. v. 7, p. 953-959, 2013. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/85366/000875872.pdf?sequence=1>> Acesso em: 07/09/2016.

LUZ, Maria Helena Barros Araújo; GRAZIELLE, Roberta Freitas da Silva; LUZ, Alyne Leal de Alencar. **Teoria de Dorothea Orem: uma análise da sua aplicabilidade na assistência a pacientes estomizados.** 2013. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/7892/1/2013_art_grfsilva3.pdf> Acesso em 07/09/2016.

MACHADO, Gabriela Rocha Garcia; PINHATI, Fernanda Romanholi. **Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica.** Cadernos UniFOA, Volta Redonda, n. 26, p. 139-150, dez. 2014. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/cadernos/ojs/index.php/cadernos/article/view/193>> Acesso em: 17/03/2016.

MARQUES, Franciane Santos et al. **Dislipidemia associada à doença renal crônica – Revisão de literatura.** Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v. 13, n. 2, p. 220-225, 2015. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/12444/9328>> Acesso em: 19/09/2016.

MARTINS, Amanda et al. **O autocuidado para o tratamento de úlcera de perna falciforme: orientações de enfermagem.** Escola Anna Nery, v. 17, n. 4, p. 755-763, 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Emilia_Nascimento/publication/262463952_Self_care_for_the_treatment_of_leg_ulcers_in_sickle_cell_anemia_nursing_guidelines/links/55f08f8408ae199d47c2175f.pdf> Acesso em: 17/03/2016.

MATIAS, Cristiana Pires Gonçalves. **A qualidade de vida da pessoa com doença renal crônica em programa regular de hemodiálise.** 2015. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/40534/1/Cristiana%20Pires%20Goncalves%20Matias.pdf>> Acesso em: 20/03/2016.



Artigo

MELO, A. P.; MESQUITA, G. V.; MONTEIRO, C. F. S. **Diagnóstico precoce da doença renal crônica pela Estratégia Saúde da Família.** Revista Interdisciplinar v. 6, n.1, p. 124-128, 2013. Disponível em:
<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/20/pdf_15> Acesso: 15/09/2016.

MORAIS, Edclécia Reino Carneiro de; SANTOS, Maria de Fátima Souza. **Saúde e Tratamento Hemodialítico: Representações Sociais em um Serviço de Terapia Renal Substitutiva.** 2013. Disponível em:
<<http://repositorio.ufpe.br/bitstream/handle/123456789/10112/Disserta%20c3%a7%20Edclecia%20de%20Moraes%20Sa%20e%20tratamento%20hemodial%20e%20representa%20c3%a7%20sociais%20em%20um%20servi%20c3%a7%20de%20terapia%20renal%20substitut.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>
Acesso em: 19/09/2016

MOURA, Danielle Souza et al. **Caracterização dos doentes que aguardam por transplante renal em Teresina.** Gestão e Saúde, v. 5, n. especial, p. 2369-2386, 2014. Disponível em:
<<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/986/pdf>> Acesso em: 17/03/2016.

NEGRETTI, Camila Dorilêo; MESQUITA, Pablo Girardeli Mendonça; BARACHO, Nilo César do Vale. **Perfil Epidemiológico de Pacientes Renais Crônicos em Tratamento Conservador em um Hospital Escola do Sul de Minas.** Revista Ciências em Saúde, v. 4, n. 4, p. 49-60, 2015. Disponível em:
<http://186.225.220.234:8484/rcsfmit/ojs2.3.33/index.php/rcsfmit_zero/article/view/268/231> Acesso em: 19/09/2016.

OLIVEIRA, Letícia Cândida de. **Características clínicas e epidemiológicas de pacientes submetidos à diálise peritoneal em Mato Grosso do Sul.** 2016. Disponível em:
<<http://repositorio.cbc.ufms.br:8080/jspui/bitstream/123456789/2857/1/LET%20c3%8dCIA%20C%20c3%82NDIDA%20DE%20OLIVEIRA.pdf>> Acesso em: 19/09/2016.



Artigo

PALHARES, Valéria Castilho et al. **Relato de experiência da aplicação do processo de enfermagem baseado na Teoria de Orem a pacientes ostomizados intestinais.** 8º

Congresso de extensão universitária da UNESP. 2015. Disponível em:

<<http://200.145.6.205/index.php/congressoextensao/8congressoextensao/paper/view/877/1041>> Acesso em: 07/09/2016.

PECOITS, Roberto Flávio Silva et al. **Modalidades de terapia renal substitutiva: hemodiálise e diálise peritoneal.** 2015. Disponível em:

<<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2800>> Acesso em: 19/09/2016.

PINHO, Natalia Alencar de et al. **Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo.** Jornal Brasileiro de Nefrologia, v. 37, n. 1, p. 91-97, 2015. Disponível em: <

http://observatorio.fm.usp.br/bitstream/handle/OPI/10793/art_PINHO_Prevalencia_e_fatores_associados_a_doenca_renal_cronica_2015_por.PDF?sequence=1&isAllowed=y
> Acesso em: 15/09/2016.

PIRES, Alessandra Fontanelli et al. **A importância da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem no cuidado de enfermagem.** Revista Rede de Cuidados em Saúde, v. 9, n. 2, 2015. Disponível em:

<<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/2533/1292>> Acesso em: 19/09/2016.

PIROG, Gisele et al. **Anatomia Renal.** Revista do Curso de Enfermagem, v.1, n.01, 2015. Disponível em:

<<http://www.santacruz.br/ojs/index.php/Revenf/article/view/1007>> Acesso em: 15/03/2016.

PRATES, Daiane da Silva et al. **Transplante Renal: Percepções de Pacientes Transplantados e Profissionais de Saúde.** 2016. Disponível

em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7099/pdf_9970> Acesso em: 19/09/2016.

RAIMONDO, Maria Lúcia et al. **Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa.** Revista Brasileira de



Artigo

Enfermagem, v. 65, n. 3, p. 529-53, maio-junho, 2012. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a20.pdf>> Acesso em: 07/09/2016.

ROCHA, Luciana Morais. **Diálise peritoneal no Brasil: o perfil dos pacientes no Sistema Único de Saúde, 2008-2012.** 2014. Disponível em:
<http://repositorio.unb.br/handle/10482/16979?mode=full&submit_simple=Mostrar+item+em+formato+completo> Acesso em: 17/03/2016.

RUDNICKI, Tânia. **Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise.** Contextos Clínicos, v. 7, n. 1, p. 105-116, 2014. Disponível em:
<<http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclnicos/article/view/ctc.2014.71.10/4>> Acesso em: 17/03/2016.

SANTOS, Ana Paula Pereira. **Controle terapêutico no transplante renal: estratégia de promoção do uso racional de imunossupressores.** Monografia (Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica) – Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.ucb.br/jspui/handle/10869/820>> Acesso em: 30/08/2016.

SANTOS, Fabiola Silva dos et al. **A influência do processo Educacional na qualidade de vida dos idosos a luz da teoria do autocuidado de Orem.** 2014. Disponível em:
<<http://200.129.163.131:8080/bitstream/tede/4031/2/Disserta%20c3%a7%20c3%a3o%20-Fabiola%20Silva%20dos%20Santos.pdf>> Acesso em: 19/09/2016.

SILVA, Ana Paula Linhares da; TREVISAN, Gláucia. A repercussão da doença renal crônica na percepção de familiares. Revista Enfermagem Atual, v.10, n.57, junho, 2010.

SILVA, Leandro Andrade et al. **Convivência de pessoas com diabetes ensino ao autocuidado visando à autonomia e bem-estar.** CIAIQ2015, v. 1, 2015. Disponível em: <<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/82/79>> Acesso em: 19/09/2016.

SILVA, Silvio Eder Dias da et al. **A enfermagem estimulando o autocuidado de adolescentes a partir das representações sociais desses sobre as bebidas alcoólicas.**



Artigo

Enfermagem em Foco [publicação do] Conselho Federal de Enfermagem: v.1, n.1, 2010.

SILVA, Verlândia Medeiros; MURAL, Hogla Cardozo. **Aplicabilidade da Teoria do Autocuidado: evidências na bibliografia nacional**. Revista Enfermagem UNISA, v. 13, n. 1, p. 59-63, 2012. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-1-10.pdf>> Acesso em: 01/05/2016.

SIVIERO, Pamila et al. **Doença renal crônica: um agravo de proporções crescentes na população brasileira**. Belo Horizonte: UFMG/CEDEPLAR, 2013. Disponível em: <<http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20467.pdf>> Acesso em: 19/ 09/ 2016.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**, 12ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara, 2010.

TANAKA, Paula Kohmi. **Fatores associados à baixa prevalência de tratamento em terapia renal substitutiva para pacientes SUS na Região da Baixa Santista: um estudo exploratório**. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.fcmscsp.edu.br/images/Pos-graduacao/dissertacoes-e-teses/MP-saude-coletiva/2013_Paula_Kohmi_Tanaka.pdf> Acesso em: 10/03/2016.

VIEIRA, Tainara Genro et al. **Práticas de educação em saúde para pacientes que realizam diálise peritoneal em domicílio**. Revista Contexto & Saúde, v. 11, n. 20, p. 1217-1222, 2013. Disponível em: <<https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1777>> Acesso em: 01/05/2016.



Artigo

JUDICIALIZATION IN A MEDICAL WORK COOPERATIVE OF BRAZIL

A. L. DELBIN
L. F. REZENDE

ABSTRACT: this study analyzes 84 cases of litigation involving users brought against medical work cooperative - Unimed Leste Paulista (ULP) in the period of 3 years (2014, 2015 and 2016). The processes were subjected to an instrument with 58 questions divided into three areas: 1. process-specific Variables, 2. medical scientific Variables, 3. financial Variables. All tabulated data were subjected to statistical analysis and costs facing official ULP balances vis-à-vis the National Health Agency-Brazil (ANS). The vast majority of the demands were central focus the debate of contracts between the parties (78 cases or 93%), breach of contract was requested in 62 direct actions (or 80%), and in all cases, was upheld or partially upheld (100%) in first instance. Spending on assistance costs totaling judicialization, internal and external legal assistance exceeds the value of 2,700,000 .00 R\$ in 3 years, with a mean of R \$33,000.00 (or about \$10,000) with each case. In addition to the required treatments costs outside of contractual scopes also found itself dismissed out of official lists of procedures provided for in the procedures list ANS: regulatory agency Health sector. The total costs with judicialization make up about 1% of all health care cost of all assisted by the ULP cases in those periods. The impact of judicialization costs in a cooperative of Brazil are relevant and generally resulting from breach of contract between part and treatments that are not listed on official lists of previously agreed procedures. Situation not provided for in current actuarial calculations; situation that delineates the perception of nonconformity; and should be best confronted.

Keywords: Judicialization of health, Public polices, lawsuits of health, Physishian Cooperativism, Human Development

INTRODUCTION

The intermediation of the judiciary, increasingly present in fulfillment of rights requirement in public health demands, come to question the real already prefectures Justice of these demands (MEINEN, e.; GAUDIO, R.; 2015).



Artigo

In the environment of health supplements, we observe the closure of 20 cooperative activities of medical work in Brazil's UNIMED system between 2012 and 2017 (UNIMED Brazil; Official website). Health care and medical care in general have always been expensive for families, individuals and society. With the technological advances of medical services, orthotics and prosthetics, robotic surgery, collective massive immunizations, urgent and emergency services with multidisciplinary teams in attendance of 12 or 24 hours daily. It is accepted worldwide that "medicine is a very expensive" (KONGSTVEDT, PLOCHER, 1998) and with the increased longevity will be costlier. As a nation, Brazil has chosen a Constitution guaranteeing the right to health as a duty of the State (FEDERAL CONSTITUTION, 1988).

The debate between the ethics of individual right on the law in cases of collective prefectures is already post. In the case of cooperatives of medical work when the individual right of the user has been outlined in previous contractual parameters, and was broken in court later, it is the confrontation of ideas under discussion of rights embodied in the matter. In the case of demands the health plans in general it is estimated that the major costs to focus on cancer cases due to need for high complexity and multidisciplinary, which of course makes the whole treatment, especially when not referred to earlier (Structuring of Health Legislation). And it is also acceptable to the sense of disorientation and confusion in the patient who receives a troubling diagnosis; seek solutions in judicial arbitration.

A worrying crisis in the Health sector with focus on the judicialization of health which covers working cooperatives doctor outlined that deserves to be studied (SCHEFFER, M.C. 2014). In the last five years, between 2012 and 2017, closed its activities in Brazil 20 cooperatives doctor only in Brazil's UNIMED system, according to data from the cooperative itself and of the NSA.

The unique Cooperative in question operates in 11 cities in the macro-region of Campinas and region of São João da Boa Vista, answering users and coordinates the work of 278 doctors cooperated.

METHOD

This is a retrospective, cross-sectional study of documentary character. The research aims to review all judicial proceedings instituted whose required is the medical work cooperative: Unimed East Paulista (ULP), in a period of 3 years (1 January 2014 to 31 December 2016).



Artigo

Inclusion criteria: every individual or collective lawsuits from users of ULP, which required is the ULP with or without shared responsibility in action.

Exclusion criteria: individual or collective lawsuits from users of ULP, which required is the ULP, in whose responsibility to bear the burden of action is another paying source.

The variables were investigated through modified instrument (BARTOLOMEI, 2015), that after submission the assessment by teams of professionals for each field approached; namely, the main elements of the process were assessed by the lawyer of the ULP, physician-scientific elements submitted to analysis of the auditor, the Superintendent of ULP; and finally, the financial elements were submitted to analysis of the administrator and controller of ULP.

86 cases had been raised in these 3 years, being 2 with exclusion criteria due responsibility of payment does not match the ULP.

The 84 cases were submitted to the questionnaire and the variables investigated 58, distributed in 3 areas to meet the specific objectives:

1. Main elements of the legal process
2. Main elements médico-científicos
3. Main financial elements

The study material consisted of copies of lawsuits relating to claims in the face of the ULP in 2014, 2015 and 2016. These copies of court proceedings are legal Department of ULP. The lawsuits are filed and kept in extinct physical files by number and name of the author. Court proceedings of medical treatment are registered in the Legal Department of ULP and are stored in physical files, identified by civil process, are also stored in electronic file in chronological sequence of input actions that involve the ULP, in numerical order and also by names, respected the input sequence of actions in the Legal Department of ULP. Legal material was handled by responsible lawyer.

Another review will be in the amounts of costs of each case, that is, the detailing of the expenses incurred as a result of that demand and how these amounts impacted on performance of the cooperative.

The annual reports of the officers of the cooperative are swings in its own headquarters in São João da Boa Vista, but can also be consulted via digital through annual publication officer vis-à-vis the ANS. are therefore in the public domain. The data was tabulated in Excel program and later related to generate the corresponding data.

The data were collected by the researcher, with the assistance of professionals in the areas corresponding to better matching of the data; that is, data on court cases were collected in conjunction with the lawyer of the company; The medical scientific data were



Artigo

collected in conjunction with the Ombudsman, and audit supervision and financial data were collected in conjunction with the controller and the administrator of the cooperative.

The survey was conducted in physical and electronic files of ULP which concentrate all accounts of 11 cities in the area covered by the cooperative.

Thereby covered variables concerning the type of action, the plaintiff's characterization, time for compliance with the decision, requirement of medical report, anticipation, and in the other instrument budget, budget revenues to pay for the treatment, expenses and origin of resources each year, previous service in the Ombudsman's Office and medical audit, number of attendances, referral to another city, previously proposed treatments, hospitalizations, previous contact with the oversight or representatives of ULP before the demand.

It is important to mention that the research respected the mains of the 466/2012 resolution of the National Council of health and were guaranteed to privacy of the confidentiality of the names of the patient lawsuits, as well as any data that might relate them to State and situations private health.

RESULTS

Due to large amount of relevant information we chose presentation in tables with frequency and percentage:

Table 1. Frequency and percentage of elements of the legal process

	Frequency	Percentage
2014, 2015 and 2016	84	100.0%
2014	24	28.5%
2015	28	33.3%
2016	32	38.0%
STATUS OF PROCEEDINGS	84	100%
Completed	45	53.6%
In progress	39	46.4%
TIME TO SENTENCE ON first INSTANCE	84	100.0%
Up to 1 year	61	72.6%



Artigo

Up to 6 months	34	40.5%
From 13 to 24 months	10	11.9%
Over 24 months	5	5.9%
In progress	8	9.5%
<hr/>		
RESULT		
In the first INSTANCE	75	100%
Well founded	42	56%
Partial proceeds	15	20%
Unfounded	11	14.7%
Agreement	6	8%
Abandonment	1	1.3%
<hr/>		
TIME OF SENTENCE TO second INSTANCE	43	100.0%
Less than 6 months	10	11.9%
From 6 to 12 months	14	16.7%
More than 12 months	2	2.4%
In progress	17	20.2%
<hr/>		
TIME GIVEN BY THE JUDGE TO COMPLY WITH SENTENCE UNDER SUPERVISION		
Immediately	20	23.8%
Up to 7 days	12	14.3%
From 8 to 14 days	23	27.4%
Of 15 to 30 days	5	5.9%
Indeterminate or not in	24	28.6%
<hr/>		
GENRE OF THE INTERESTED BY DECISION		
Female	40	47.6%
Male	36	42.9%
Couple	4	4.8%



Artigo

Company	4	4.8%
AGE OF THE PERSON CONCERNED BY DECISION		
Up to 17 Years	10	11.9%
18 to 25 Years	4	4.7%
26 to 40 Years	17	20.2%
41 to 59 Years	11	13.1%
60 to 79 Years	28	33.3%
80 Years or more	2	2.4%
There Was No	4	4.7%
REPRESENTATIVE COOL		
	19	100%
Gender		
Female	16	84.2%
Male	3	15.8%
Age		
From 26 to 40 years	5	26.3%
Of the 59 41 years	8	42.1%
60 years or more	6	31.6%
EXISTENCE OF MEDICAL REPORT		
	84	100%
Yes	62	73.8%
No	22	26.2%
REQUEST FOR SECOND OPINION DOCTOR		
	84	100%
Medical cooperative	7	8.3%
Applicant	0	0.0%
Judge	0	0.0%
CLASSIFICATION THE ACTION OF KNOWLEDGE		
	84	100%



Artigo

Obligation to make	59	70.2%
Damning	21	25.0%
Declaratory	4	4.8%
PLAINTIFF	84	100%
Particular	80	95.2%
Company	3	3.6%
Public Ministry	1	1.2%
LEGAL REPRESENTATIVE	84	100%
Private lawyer	78	92.9%
Public assistance	5	5.9%
Public Ministry	1	1.2%
AUTHOR WITH GRATUITY OF JUSTICE	84	100%
Yes	71	84.5%
No	13	15.5%
INTERLOCUTORY DECISION	59	100%
Type of decision		
With anticipation of guardianship	44	74.6%
Result		
Acceptance	47	79.7%
Rejection	12	20.3%

Source: Archives of Legal Processes against ULP (2014, 2015, 2016).

Within the Medical-scientific field, we analyze more deeply the 59 demands of medical treatment; and the 25 of high complexity. In some items we feel best relate to the total number of cases, so we reference each item with what we consider the benchmark of 100%.



Artigo

Table 2. Frequency and percentage of main elements physician-scientific

	Frequency	Percentage
ORIGIN OF MEDICAL ASSISTANCE REQUEST	59	100%
Doctor cooperated	28	47.5%
Doctor accredited	4	6.7%
Private doctor	21	35.6%
There was no	4	6.7%
Public service	4	6.7%
PLACE OF PERFORMANCE OF THE TREATMENT	59	100%
Particular	26	44.1%
SUS	3	5.1%
ULP/action Area	24	40.7%
Unimed Accredited	7	11.9%
PLACE OF EXECUTION OF THE HIGH COMPLEXITY	25	100%
Private Clinic	7	28%
SUS	1	4%
ULP/Network	13	52%
Unimed Accredited	4	4%
EVALUATION OF MEDICAL AUDIT	84	100%
Risk of life		
No	37	44.0%
Not in	44	52.4%
Yes	3	3.6%
Risk of permanent damage		
No	36	42.9%
Not in	45	53.6%
Yes	3	3.6%
THERE was NO second opinion MEDICAL AUDIT	84	100%
No	58	69.1%
Not in	19	22.6%



Artigo

Yes	7	8.3%
PROCEDURE AGAINST INDICATED FOR HIS DOCTOR		
No	61	72.6%
Not in	15	17.9%
Yes	8	9.5%
NUMBER OF ATTENDANCES IN THE MEDICAL AUDIT		
2 to 5	10	11.9%
There was no	49	58.3%
1	25	29.8%
ATTEMPTED NEGOTIATION BY ULP AUDIT		
No	72	85.7%
Yes	12	14.3%
MONITORING THE TREATMENT BY MEDICAL AUDIT		
No	82	97.6%
Yes	2	2.4%
DEMAND CONSIDERED PERTINENT BY THE MEDICAL AUDIT		
No	47	55.9%
Not in	34	40.5%
Yes	3	3.6%
ATTENDANCE IN THE OMBUDSMAN'S OFFICE		
No	71	84.5%
Not in	4	4.8%
Yes	9	10.7%
NUMBER OF ATTENDANCES IN THE OMBUDSMAN'S OFFICE		
	84	100%



Artigo

1	8	9.5%
2 to 5	1	1.2%
There was no	75	89.3%
<hr/>		
Ombudsman referred for action		
No	77	91.7%
Yes	7	8.3%
<hr/>		
MONITORING OF TREATMENT	84	100%
The Ombudsman Service		
No	82	97.6%
Yes	2	2.4%
<hr/>		
By the supervision and audit		
No	71	84.5%
Yes	13	15.5%
<hr/>		
MEDICAL AUDIT NAME	84	100%
No	59	70.2%
Yes	25	29.8%
<hr/>		
BELONGS TO THE LIST OF PROCEDURES-ANS	84	100%
No	32	46.4%
Yes	31	44.9%
If not for the LIST	6	8.7%
<hr/>		
REQUEST BELONGS TO THE CONTRACT	84	100%
Contractual focus	78	92.8%
No: breach of contract	62	79.5%
Upheld or partially upheld	62	100.0%
Yes	16	20.5%
Unrelated	6	7.2%
<hr/>		
ATTEMPTED NEGOTIATION BY OMBUDSMAN	84	100%
No	65	77.4%
Yes	19	22.6%
<hr/>		



Artigo

LATER FEATURE BY ULP	84	100%
No	39	46.5%
Not in	5	5.9%
Yes	40	47.6%
SECOND MEDICAL OPINION		
Cases of health	60	71.4%
Second opinion	2	3.3%
Administrative cases	24	28.6%
CANCER CASES		
Well-founded and PP	10	100%
Unfounded	7	70%
Agreement or in progress	1	10%
	2	20%
NATURE OF THE CASE		
Medical treatment request	57	100%
Treatment request origin		
Cooperated Doctor	28	49.1%
Private doctor	21	36.9%
Accredited Physician	4	7.0%
Public Service//Jack	1	1.8%
Indemnification of treatments	3	5.3%
Treatment of other areas of health	3	5.3%
Administrative	24	42.1%

Source: Archives of Legal Processes against ULP (2014, 2015.2016)

Table 3. Frequency and percentage of financial Elements

	Frequency	Percentage
TREATMENT COSTS		
Given time (Healthcare Cost)		
Up to R\$1,000	3	3.6%
R\$1,001 to R\$5,000	10	11.9%
R\$10,001 to	16	19.0%
R\$50,000		



Artigo

R\$200,001 to R\$500,000	1	1.2%
R\$5,001 to R\$10,000	5	5.9%
R\$50,001 to R\$100,000	6	7.2%
There was no	43	51.2%
<hr/>		
An indefinite period (assistive Cost/per year)		
Over R\$ 100,000	4	4.8%
There was no	70	83.3%
R\$1,001 to R\$5,000	1	1.2%
R\$10,001 to \$50,000	6	7.1%
R\$50,001 to R\$100,000	3	3.6%
<hr/>		
Indirect Cost Assistance		
Above R\$50,000	3	3.6%
Up to R\$1,000	3	3.6%
R\$10,001 to R\$50,000	3	3.6%
R\$5,001 to R\$10,000	6	7.1%
There was no	69	82.1%
<hr/>		
Origin of indirect cost assistance		
Damages/Indemnity	10	11.9%
Other	8	9.6%
There was no	66	78.5%
<hr/>		
THERE WAS A NEED FOR TECHNICAL PROVISION	84	100%
No	75	89.3%
Yes	9	10.7%
<hr/>		
Judicial deposit for the case		
No	71	84.5%
Yes	13	15.5%
<hr/>		
Financial report for the case		
No	63	75.0%
Yes	21	25.0%
<hr/>		



Artigo

**THERE WAS NO REPORT
IN CASE OF ASSEMBLY
MEMBERS**

No	64	76.2%
Yes	20	23.8%

Source: Archive of legal Processes against ULP (2014.2015 and 2016)

Table 4. Detail of the cancer cases, assistance and legal costs

Cancer cases	Assistance costs	Costs Legal	Result of first instance	Detail
Case 1	R\$ 122,400.00	(2016) R\$9,802.00	In progress	Home-care
Case 2	R\$ 68,680.00	(2015) R\$8,615.00	Well founded	Chemotherapy
Case 3	R\$ 20,800.00	(2015) R\$8,615.00	Partially upheld	ICU Grace period
Case 4	R\$ 65,679.00	(2015) R\$8,615.00	Partially upheld	Compensation R\$300,000.00
Case 5	R\$ 18,000.00 per year	(2015) R\$8,615.00	Agreement	Oxygentherapy home
Case 6	R\$ 23,000.00	(2014) R\$13,050.00	Well founded	Private surgery
Case 7	R\$ 42,881.00	(2014) R\$13,050.00	Well founded	PET-CT and moral damage
Case 8	R\$ 60,172.00	(2014) R\$13,050.00	Partially upheld	Compensation R\$334,000.00
Case 9	R\$ 28,000.00	(2014) R\$13,050.00	Partially upheld	RT particular moral damage denied
Case 10	-----	(2014) R\$13,050.00	unfounded	Private hospital Surgery
TOTAL	R\$ 449,612.00	R\$ 109,512.00		
Average total cost of cancer cases: R\$55,912.40				



Artigo

Table 5: List of demands non NSA procedures list in force at the time with Sentence in First Instance

Result of the Sentence in First Instance	List of procedures	
	Does Not Belong To ROL-ANS	Belongs to ROL-ANS
Agreement	3	1
Cancellation/Abandonment	0	0
Unfounded	3	5
There was no	1	6
Partially upheld	2	10
Well founded	23	9
Total: 32 cases of non-demands Rol-ANS	25 cases (78% P or PP)	19 cases (61% P or PP)

Table 6. Isolated and total Costs per year of Judicialization

	YEAR			TOTAL
	2014	2015	2016	
HEALTH CARE COST	R\$ 600,879.94	R\$ 581,621.22	R\$ 701,816.39	R\$ 1,884,317.55
COST ARSE. OWN LEGAL	R\$ 212,930.39	R\$ 141,202.86	R\$ 153,645.00	R\$ 507,778.25
COST. EXTERNAL LEGAL	R\$ 100,260.34	R\$ 100,006.60	R\$ 161,778.14	R\$ 362,045.08
TOTAL OF JUDICIALIZATION	R\$ 914,070.67	R\$ 822,830.68	R\$ 1,017,239.53	R\$ 2,754,140.88

Source: legal Processes, annual balance sheets, expenses Sectorized ULP.



Artigo

Table 7. Statement of the costs of the judicialization of legal work and cases

	YEAR		
	2014	2015	2016
ANNUAL COST OF JUDICIALIZATION	R\$ 914,070.67	R\$ 822,830.68	R\$ 1,017,239.53
TOTAL LEGAL COST JUDICIALIZATION COSTS PER CASE	R \$313,190.74	R\$ 241,209.46	R\$ 315,423.42
LEGAL COSTS FOR THE CASE	R\$ 38,086.28	R\$ 29,386.81	R\$ 31,788.74
	R\$ 13,049.61	R\$ 8,614.62	R\$ 9,862.98

The cost per case judicialized: R \$33,087.28

Table 8. Total Frequency and percentages of cases divided by year, of the status and costs of judicialization

	YEAR		
	2014	2015	2016
PROCESSES	24 cases	28 cases	32 cases
Total: 84 cases (100%)	(28.6%)	(33.3%)	(38.1%)
STATUS OF PROCEEDINGS	Completed: 17 (70.8%)	Completed: 15 (53.8%)	Completed: 13 (40.0%)
	In progress: 7 (29.2%)	In progress: 13 (46.4%)	In progress: 19 (60.0%)
ANNUAL COST OF JUDICIALIZATION	R\$ 914,070.67	R\$ 822,830.68	R\$ 1,017,239.53

Table 9. Total cost of related Care cost total judicialization and gross expenses per year.

	Year		
	2014	2015	2016
TOTAL COST OF JUDICIALIZATION	R\$ 914,070.67	R\$ 822,830.68	R\$ 1,017,239.53



Artigo

TOTAL HEALTHCARE COST	R\$ 74,915,879.36	R\$ 86,430,312.28	R\$ 99,101,838.45
GROSS EXPENDITURE	R\$ 114,693,813.15	R\$ 129,301,639.49	R\$ 146,086,173.97
Interface: JUDICIALIZATION/ HEALTH CARE COST	0.012 (or 1.2%)	0.0095 (or 0.95%)	0.0103 (or 1.03%)

Source: lawsuits 2014.2015 2015, swings and ULP.

CONCLUSIONS AND DISCUSSION:

Court proceedings are lengthy, even though health cases, 46% of the cases are still in progress, being resolved in the first instance in up to 1 year in 72%, even with 8% of agreements. Resorted to the second instance in 43 cases (or 51.2%). In all cases, 75% showed interlocutory decisions, of which 75% with advance request of tutelage of which 80% deferred; 23% of the total with injunctions for fulfil immediate; acceptable situation in life and risks or permanent injury. The claimants generally dominated by women (52%) individual age group 60 to 79 years predominantly (33%).

The 19 cases with legal representative (or 23% of the total) were usually represented by women (84.2%) between 25 and 59 years (68%); the mothers of minors are generally legal representatives having chaos also elderly parents represented by their children outnumbered, only 3 cases.

We started the research with the perception that the motivation for the litigation based on acceptable disorientation of the patient who receives a cancer diagnosis and refers to the authority of the State to which the health plan provides the provision that the applicant thinks is right and you're not would be reaching. From the human point of view regarding with a diagnosis often devastating, would be acceptable to a disorientation of the users. But we finished the survey with data confirming the incidence of only 10 cancer cases (12% of the total) that have more onerous than average of cases in General (R\$ 55,912.40, while the overall average was R\$ 33,087.28) and larger presence of administrative cases discuss adjustments (24 or 29% of total cases); and especially the great motivation of focusing on contract demands, especially the breach of contracts between the parties and that are declared unfounded or partially from on trial (focus on contract: 78 cases or 93%; breach of contract: 62 cases or 80% of the total, judged unfounded or partially founded in 100%).



Artigo

As for the list of NSA Procedures, standard Health sector equated, 32 demands (or 46% of the total) were of procedures that were not reflected these standards and were judged From or partially from in 25 cases (or 78% of the cases outside the Rol-ANS).

Within the knowledge of the actuarial calculations, when they are calculated values to be collected from users, these calculations from the inherent risks and corresponding values of each activity; We can assume that these calculations are unbalanced because they are marked out by contracts to provide medical and health services, as well as must be equivalent to those of standards ANS bounded by the list of procedures-ANS; both parameters mostly disregarded by judges in the first instance. Is faced with a disagreement between the existing parameters, which demand new approaches to public policy and new directions in this sector in question.

The tabulations allow numerous comments that we consider less relevant but which the reader can easily finish.

REFERENCES

ALBUQUERQUE;A., **Unimed 45 anos: Uma história de paixão pelo cooperativismo Médico.** São Paulo, Unimed do Brasil, 2012.

ARCE, V.M.A. *La participacion del Cooperativismo em las Políticas Públicas; Boletín de La Academia Vasca de Derecho*, no 46. Bilbao, 2012. pg185-199.

BAJANEZ,S.L. **Integración Europea y Cooperativismo: una reflexión sobre La sociedade cooperativa europea com motivo Del año internacional Del cooperativismo.** Boletín Internacional Del Derecho cooperativo. 2012, (46) 161-183.

BAPTISTA, M. N.; CAMPOS, D.C. **Metodologias de Pesquisa em Ciências: Análises quantitativas e Qualitativas.** LTC, 2ª Ed. Rio de Janeiro. 2016. 376 p.

BARTOLOMEI; J.R.; **Judicialização da Saúde e as internações compulsórias dos jovens viciados em drogas.** *Dissertação de mestrado*, UNIFAE; SJBV. 2015, pg93.

BRASIL- Constituição federal de 1988. Presidência da República, Casa Civil; Sub Chefia de Assuntos Jurídicos <WWW.planalto.gov.br/Constituicao> acesso 12.out.2017.



Artigo

CHARTERINA, A.M. **Cooperativismo y economia Del bien comum.** Boletín Internacional Del derecho cooperativo, 1 jan. 2013. (47) pp185-198.

CRUZ, C. **O setor 2,5.** Revista Pagina 22, Instituto de cidadania Empresarial (ICP) Abril, 2013 . p 46-49.

FONTANA,E. et AL. **Cooperativismo como instrumento próprio a inclusão sócioeconômica.** Boletín de La Asociacion Internacional de Derecho Cooperativo. Bilbao, 2010 pg 29-36.

GRAU, E.R. **A ordem econômica na constituição de 1988.** 17ª Ed. São Paulo. Malheiros, 2015. 250 p.

JUSMED, **A judicialização da Medicina : Prós e Contras.** 1ª edição, São Paulo. Ed. Jornal da Justiça, 2010. 127 pg (SERIE GRANDES TEMAS: JUSMED).

JUSMED, **Judicialização do Direito à saúde** (Cartilha de Apoio Médico e Científico ao Judiciário) (Núcleo de Apoio Técnico à 1ª instância, publicação conjunta do jornal da justiça e COCHRANE -2012.

JUSMED, **O equilíbrio nas Relações Contratuais.** publicação conjunta jornal da justiça e UNIMED, 2011 (SERIE GRANDES TEMAS: JUSMED).

LARRABURE,M.; VIEIRA,M.; SCHUGURENSKY, D. **The new cooperativism in Latin America: Worker-Recuperated Enterprises and Socialist Production Units.** Studies in the Education Adults, 2011. Vol. 43 (2), p 181-196.

MEINEN,E.; GAUDIO,R. **Sobre o diferencial estrutural e desafios das instituições financeiras Cooperativas no ambiente regulatório brasileiro.** Boletín de La Asociacion Internacional de Derecho- Universidade de Deusto.2015.

MIRANDA,J.E.; GALHARDO, J.H.S. ; VIEIRA,P.G.L. **Regime Jurídico da Sociedade Cooperativa.** Juruá , Curitiba, 2013. 240p.

MIRANDA,J.E.; LIMA, A.C. **Paradigma de participação no Mercado concorrencial.** Revista de La Asociacion Internacional de Derecho Cooperativo, pg 123-132



Artigo

PELEGRINI, D. **A construção da confiança : 30 anos de história.** 1ª edição Londrina. Ed. Midiograf, 2015 (Central SICRED PR/SP/RJ). 140p.

Portal Nacional de Saúde, UNIMED do Brasil, disponível em <WWW.unimed.coop.br/pct/index> acesso 10.out.2017

Relatório PNUD; 2015, disponível em <HDR2015-Reportportuguese.pdf> acesso 08.out.2016 (JAHAN, S. autor principal, relatório PNUD 2015).

VALADARES, J.H. **Cooperativismo: Lições para a nossa prática.** SECOOP, Brasília, 2013.

WAMBIER, L.R.; TALAMINI, E.; ALMEIDA, F.R.C. **Teoria geral do Processo. Curso avançado de Processo Civil.** 4ª ed. Revista dos Tribunais.

TRENTIN, T.R.D. **Direito à Saúde e Políticas Públicas. Estatuto do idoso e políticas públicas: A Judicialização do Direito à Saúde.** p. 66.

ZURBANO, M.; URZELAI, A. *El cuarto sector em Euskadi, Inmobasque e Zamudio.* 2012

SCHEFFER, M.C. (Coordenador da Pesquisa); Judicialização na Saúde Suplementar- Edital 005/2014-ANS/OPAS FMUSP. Disponível em <[http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/1 - Mario.pdf](http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/1_Mario.pdf)> último acesso 30.out.2017

Lei do cooperativismo; Lei No 5.764, de 16 de Dezembro de 1971, da Presidência da República : Casa Civil; Sub Chefia de Assuntos Jurídicos. Define a Política de Cooperativismo, institui a regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências <WWW.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5764.htm> acesso 12.out.2017.

Legislação Estruturante da Saúde Suplementar. Lei 9.656; Instruções e Resoluções Normativas – Agência Nacional de Saúde Suplementar ANS <WWW.ans.gov.br/component/legislacao/view> acesso 12.out.2016



Temas em Saúde

Volume 18, Número 1

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde-2016. Resolução Normativa RN 387 de 28 de outubro de 2015

<[WWW.ans.gov.br/imagens/rol de procedimentos e eventos em saude 2016.pdf](http://WWW.ans.gov.br/imagens/rol_de_procedimentos_e_eventos_em_saude_2016.pdf)>
acesso 12.out.2017.

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – 2015.

<[WWW.ans.gov.br/imagens/rol de procedimentos e eventos em saude 2015.pdf](http://WWW.ans.gov.br/imagens/rol_de_procedimentos_e_eventos_em_saude_2015.pdf)>
acesso 12.out.2017

Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde - 2014

<[WWW.ans.gov.br/imagens/rol de procedimentos e eventos em saude 2014 pdf](http://WWW.ans.gov.br/imagens/rol_de_procedimentos_e_eventos_em_saude_2014.pdf)>
acesso 12.out.2017



JUDICIALIZATION IN A MEDICAL WORK COOPERATIVE OF BRAZIL

Páginas 324 a 343

343

Artigo

**ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE ENSAIOS CLÍNICOS E PATENTES
SOBRE TUBERCULOSE: UM ESTUDO QUANTITATIVO E QUALITATIVO
SOBRE A EVOLUÇÃO EM DUAS DÉCADAS**

**COMPARATIVE ANALYSIS BETWEEN CLINICAL TRIALS AND PATENTS
ON TUBERCULOSIS: A QUANTITATIVE AND QUALITATIVE STUDY ON
EVOLUTION IN TWO DECADES**

Rogério Almeida Meneghin¹
Ana Eleonora Almeida Paixão²
Henry Jun Suzuki³

RESUMO: O trabalho apresenta a análise comparativa entre ensaios clínicos e patentes sobre tuberculose em nível mundial nos últimos 20 anos. Identificaram-se 1005 ensaios clínicos distribuídos em 94 países, e 5563 patentes depositadas em 96 países. Para a recuperação dos ensaios clínicos e das patentes foram utilizados, respectivamente, a plataforma *ICTRP*[®] da Organização Mundial da Saúde e o sistema *ORBIT*[®] da empresa *Questel*[®]. Por meio de análise quantitativa e qualitativa, observou-se um padrão de similaridade entre as instituições patrocinadoras dos ensaios clínicos e titulares das patentes; os países nos quais foram conduzidos os ensaios clínicos e depositados as patentes; os produtos finais resultantes dos ensaios clínicos e os domínios tecnológicos, aliados as CIPs, das patentes depositadas. Em síntese, sugere-se que sejam criadas novas políticas públicas que estimulem a sinergia entre ensaios clínicos e patentes, ambos nacionais, no intuito de induzir um caminho seguro para independência tecnológica e, conseqüentemente, melhor desempenho no combate à tuberculose no Brasil.

Palavras-chave: tuberculose, ensaio clínico e patente.

¹ Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Propriedade Intelectual, Universidade Federal de Sergipe. E-mail: rogerioalmeidameneghin@gmail.com

² Doutora Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Propriedade Intelectual, Universidade Federal de Sergipe. E-mail: aepaixao@gmail.com

³ Diretor Geral da Axonal Consultoria Tecnológica Ltda. E-mail: henry.suzuki@axonal.com.br



Artigo

ABSTRACT: The paper presents the comparative analysis between clinical trials and patents on tuberculosis worldwide in the last 20 years. We identified 1005 clinical trials distributed in 94 countries, and 5563 patents filed in 96 countries. For the recovery of clinical trials and patents, the *ICTRP*[®] platform of the World Health Organization and the *ORBIT*[®] system of *Questel*[®] were used. Through quantitative and qualitative analysis a pattern of similarity was observed between the institutions sponsoring clinical trials and patent assignee; the countries in which the clinical trials were conducted and the patents deposited; the final products resulting from the clinical trials and the technological domains, together with the CIPs, of the deposited patents. In summary, it is suggested that new public policies be created that stimulate the synergy between clinical trials and patents, both national, in order to induce a safe path for technological independence and, consequently, better performance in the fight against tuberculosis in Brazil.

Key words: tuberculosis, clinical trial and patent.

INTRODUÇÃO

Diante do panorama mundial e nacional sobre o avanço da tuberculose, o presente trabalho destina-se a analisar alguns indicadores, que podem nortear de forma significativa a construção de políticas públicas de saúde direcionadas a tuberculose. O texto em tela não pretende ser totalmente abrangente no escopo, tampouco exaustivo no conteúdo, mas, na medida certa, apresentar conjecturas pertinentes a duas vertentes de indicadores, quais sejam: ensaios clínicos e patentes, ambos dedicados à tuberculose.

Sabe-se da literatura correlata que a tuberculose mata 1,4 milhões de pessoas por ano no mundo, sendo que somente no Brasil são 5,5 mil óbitos anuais, e aproximadamente 2 a 3 bilhões de pessoas estão infectadas pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis* no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Aliado a este cenário preocupante, mister se faz destacar as atuais limitações no combate a esta doença que somente perde para a Aids em letalidade global, sem contar quando está associada à mesma enquanto doença oportunista ou na forma de coinfeção.

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também conhecido como bacilo de Koch (BK), transmitida pelo ar, pela



ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE ENSAIOS CLÍNICOS E PATENTES SOBRE TUBERCULOSE: UM ESTUDO QUANTITATIVO E QUALITATIVO SOBRE A EVOLUÇÃO EM DUAS DÉCADAS

Páginas 344 a 378

Artigo

fala, espirro e tosse. O complexo *M. tuberculosis* é constituído de várias espécies, a saber: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum* e *M. microti* (BRASIL, 2010).

O arsenal terapêutico é precário, pois os quatro medicamentos disponíveis são antigos, pouco eficientes e oferecem severos efeitos colaterais. Este aspecto gera desistência dos pacientes (cerca de 8% no Brasil), o que privilegia o surgimento de variantes da doença resistentes ao tratamento, como já acontece na Índia. A produção científica do Brasil sobre esta temática é bastante significativa, cerca de 5% da produção mundial, mas o mesmo não acontece com a produção de patentes (soluções tecnológicas), que nos últimos 15 anos ocorreram 18 depósitos de pedidos de patentes, sem, no entanto, nenhuma concessão (VASCONCELLOS e MOREL, 2012, p.4-5).

No presente cenário, reveste-se de importância singular, o estudo sobre a evolução do desenvolvimento tecnológico de combate à tuberculose. Para tal, “a priori” convencionou-se que seriam adotadas duas dimensões de prospecção científica e tecnológica. Tais dimensões se dividem em dois grupos, quais sejam: “bases de dados não patentárias” e “bases de dados patentárias”. A seguir, são apresentadas as duas dimensões.

Banco de ensaios clínicos: trata-se de uma dimensão não patentária e foi conduzida por meio de simulações na “Plataforma Internacional de Registro de Ensaio Clínicos” ou *ICTRP*[®] da Organização Mundial de Saúde, disponível no *website*: <http://www.who.int/ictrp/en/>. Importante esclarecer que foram mapeados estudos clínicos sobre tuberculose em 94 países.

Banco de patentes: trata-se de uma dimensão patentária e foi conduzida no sistema *Orbit Intelligence*[®], da empresa franco-americana *Questel*[®], disponível em: <https://www.orbit.com/>. As bases de documentos de patente selecionadas para busca e recuperação foram todas as bases de patente que o sistema *Orbit*[®] adentra. Por outras palavras, tal busca mapeou as bases de patentes de mais de 96 países. Registra-se que, atualmente, a única base de dados que cobre o despacho código 1.1 do PCT é o sistema *Orbit*[®]. O despacho 1.1 do INPI significa: Comunicação da publicação internacional do pedido internacional nos termos do Tratado de Cooperação de Patentes - PCT, aguardando o início da fase nacional.

Uma vez de posse dos resultados de prospecção nas duas dimensões adotadas, o próximo passo foi uma análise comparativa de correlação entre elas, sob a ótica quantitativa e qualitativa. A título de exemplo, a ideia central foi a seguinte: de posse do nome do “sponsor” (patrocinador) dos “ensaios clínicos” recuperados no *ICTRP*, compara-se tal informação com o nome do “assignee” (titular) recuperados no *Orbit*[®].



Artigo

Mas é importante ressaltar que, se tal comparação for realizada uma a uma para cada resultado de estudo, será um labor hercúleo e intempestivo, frente ao volume de informações recuperadas e as limitações de formatação do texto. Sendo assim, adotou-se o “top 30” no âmbito do *ICTRP* e do *Orbit*[®], ou seja, até os 30 principais patrocinadores e titulares.

Em linhas gerais, a proposta foi verificar a existência ou não de uma correlação entre os principais titulares de patentes identificados, por exemplo, no sistema *Orbit*[®] e os patrocinadores de ensaios clínicos no sistema *ICTRP*[®].

METODOLOGIA

A plataforma *ICTRP*[®]

A grande maioria das patentes de medicamentos nunca será convertida em produtos. Existem pesquisas que geram patentes, mas não serão transformadas em medicamentos. Nesse cenário, existem muitos “ruídos” que dificultam o processo de prospecção. São eles: patentes inócuas, “patentes científicas” que nunca serão produtos, e as verdadeiras patentes de interesse acabam por ficar ocultas nesse vasto universo de documentos de patentes farmacêuticas.

Assim, normalmente, quando se faz necessário trabalhar nesse ambiente, recomenda-se começar a trabalhar no sentido contrário. Por outras palavras, recomenda-se primeiramente estudar o que está em desenvolvimento em termos de pesquisa clínica, e após esse levantamento, verificar qual o alicerce patentário sobre tais produtos. Desta forma, o nível de ruído fica bem reduzido.

A fonte fidedigna de informações a respeito de tais estudos é o *website* do “*International Clinical Trials Registry Platform - ICTRP*” da *World Health Organization* ou “Plataforma Internacional de Registro de Ensaio Clínicos” da Organização Mundial de Saúde, disponível em: <http://www.who.int/ictcp/en/>. Mais especificamente, o *website* de buscas no link: <http://apps.who.int/trialsearch/>. Nele, é possível buscar pela palavra “*tuberculosis*” e recuperar dados de estudos clínicos realizados ou a serem realizados em mais de 90 países. Essa busca pode ser especialmente interessante para identificar nomes de empresas e instituições que estejam envolvidos no desenvolvimento de produtos, sejam eles medicamentos ou não-medicamentos. Mister se faz destacar que no caso do



Artigo

interesse da pesquisa em tela, adotou-se o seguinte roteiro mínimo de busca e recuperação de dados, qual seja:

- 1- Clicar no link: <http://apps.who.int/trialsearch/>.
- 2- Clicar no link: “Advanced Search”.
- 3- Inserir a expressão “tuberculosis” (sem aspas) no campo: “in the Condition”. O uso desse campo “in the Condition”, garante que seu interesse de busca se restringe exclusivamente a “doença” em estudo, que no caso é a tuberculose.
- 4- No campo “Recruitment status is” escolher a opção “ALL”.
- 5- No campo “Phases are” escolher a opção “ALL”.
- 6- No campo “Date of registration is between”, foi adotado um recorte temporal de 20 anos, para harmonizar a análise comparativa com documentos de patentes a serem recuperados no mesmo período em outras bases, qual seja: de “01/01/1996” a “31/12/2016”.
- 7- Clicar no ícone “Search”.
- 8- Clicar no ícone “Export Results to XML”.
- 9- Na página que se abre “Terms and Conditions for Use of WHO ICTRP Data” clicar no ícone “I agree”.
- 10- Na próxima página que se abre, clicar no ícone “Export all trials to XML”.
- 11- Em seguida, abrir o editor de planilhas e importar o arquivo XML para o MS Excel®.
- 12- E finalmente se abre uma planilha com 1005 linhas e 37 colunas com informações estratégicas sobre todos os ensaios ou estudo clínicos sobre tuberculose realizados no mundo todo nos últimos 20 anos.

Importante registrar que, de acordo com esta configuração de busca, foram recuperados 1005 ensaios clínicos. As simulações foram realizadas nas seguintes datas:

- 1- Primeira simulação: 06/11/2016 para o período de 01/01/1996 a 05/11/2016;
- 2- Segunda simulação: 07/01/2017 para o período de 06/11/2016 a 31/12/2016.

A referida base de dados oferece uma ferramenta na qual se permite que o resultado de uma determinada busca possa ser exportado para um arquivo XML e, em seguida, tal arquivo XML pode ser importado para um arquivo de planilha do MS Excel®.

A base ICTRP também cobre a base de dados do Brasil denominada de “Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos” ou “Rebec”. Atualmente, existem cinco registros de ensaios clínicos no Brasil para a tuberculose, disponíveis para consulta em: <http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/?q=tuberculose>.



Artigo

Os estudos clínicos são conduzidos por fases, da “0, I, II, III e IV” (essa última realizada no pós-*marketing*, quando o produto farmacêutico já está no mercado). Na “Fase III” são estudos robustos e abrangentes com grande população de enfermos. Na “Fase II” começa a transição de pacientes sadios para pacientes enfermos com pequenas populações controladas, enquanto a “Fase I” é conduzida com pacientes sadios com estudos de segurança somente. O presente estudo focalizou os resultados ou “produtos finais” das Fases III e IV.

O sistema *Orbit Intelligence*[®]

Para o levantamento patentário foi utilizado o sistema *Orbit Intelligence*[®] disponível no portal <https://www.orbit.com/>. A estratégia de pesquisa de patentes sobre a tuberculose no sistema *Orbit*[®] foi realizada por meio da seguinte expressão lógica, qual seja: (+TUBERCULOSIS+ OR +TUBERCULOSE+ OR +TUBERCULOST+ OR +TUBERCULIN+)/TI/AB/OBJ/ICLM AND (A61K OR A61P OR A61F OR A61H OR A61J OR A61M OR A61N OR A61B)/IC/EC/CPC

A busca foi realizada em 28 de fevereiro de 2017. As bases de pedidos de patente selecionadas para busca e recuperação dos documentos foram todas as bases de patente que o sistema *Orbit*[®] adentra. Por outras palavras, tal busca mapeou as bases de patentes de mais de 96 países. Os termos selecionados para recuperar os documentos de patentes relacionados à tuberculose foram as palavras-chave: TUBERCULOSIS, TUBERCULOSE, TUBERCULOST, TUBERCULIN. Os operadores lógicos, de truncagem, os campos de configuração sintática do sistema *Orbit*[®], e a classificação internacional de patentes (CIP) utilizados e incidentes sobre as palavras-chave selecionadas são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 – Semântica dos conectivos lógicos do *Orbit*[®] e CIPs

+	Qualquer número de caracteres
OR	Um ou, opcionalmente, o outro termo de busca presente (soma, agrupamento)
AND	Ambos os termos de busca presentes (intersecção)
TI	Título
AB	Resumo
OBJ	Objetivo da invenção
ICLM	Reivindicações independentes



Artigo

IC	Classificação internacional de patentes
EC	Classificação europeia
CPC	Classificação cooperativa de patentes
A61B	DIAGNOSIS; SURGERY; IDENTIFICATION (analysing biological material G01N, e.g. G01N 33/48)
A61F	FILTERS IMPLANTABLE INTO BLOOD VESSELS; PROSTHESES; DEVICES PROVIDING PATENCY TO, OR PREVENTING COLLAPSING OF, TUBULAR STRUCTURES OF THE BODY, E.G. STENTS; ORTHOPAEDIC, NURSING OR CONTRACEPTIVE DEVICES; FOMENTATION; TREATMENT OR PROTECTION OF EYES OR EARS; BANDAGES, DRESSINGS OR ABSORBENT PADS; FIRST-AID KITS (dental prosthetics A61C) [2006.01]
A61H	PHYSICAL THERAPY APPARATUS, e.g. DEVICES FOR LOCATING OR STIMULATING REFLEX POINTS IN THE BODY; ARTIFICIAL RESPIRATION; MASSAGE; BATHING DEVICES FOR SPECIAL THERAPEUTIC OR HYGIENIC PURPOSES OR SPECIFIC PARTS OF THE BODY (electrotherapy, magnetotherapy, radiation therapy, ultrasound therapy A61N)
A61J	CONTAINERS SPECIALLY ADAPTED FOR MEDICAL OR PHARMACEUTICAL PURPOSES; DEVICES OR METHODS SPECIALLY ADAPTED FOR BRINGING PHARMACEUTICAL PRODUCTS INTO PARTICULAR PHYSICAL OR ADMINISTERING FORMS; DEVICES FOR ADMINISTERING FOOD OR MEDICINES ORALLY; BABY COMFORTERS; DEVICES FOR RECEIVING SPITTLE
A61K	PREPARATIONS FOR MEDICAL, DENTAL, OR TOILET PURPOSES (devices or methods specially adapted for bringing pharmaceutical products into particular physical or administering forms A61J 3/00; chemical aspects of, or use of materials for deodorisation of air, for disinfection or sterilisation, or for bandages, dressings, absorbent pads or surgical articles A61L; soap compositions C11D)
A61M	DEVICES FOR INTRODUCING MEDIA INTO, OR ONTO, THE BODY (introducing media into or onto the bodies of animals A61D 7/00; means for inserting tampons A61F 13/26; devices for administering food or medicines



Artigo

	orally A61J; containers for collecting, storing or administering blood or medical fluids A61J 1/05); DEVICES FOR TRANSDUCING BODY MEDIA OR FOR TAKING MEDIA FROM THE BODY (surgery A61B; chemical aspects of surgical articles A61L; magnetotherapy using magnetic elements placed within the body A61N 2/10); DEVICES FOR PRODUCING OR ENDING SLEEP OR STUPOR [5]
A61N	ELECTROTHERAPY; MAGNETOTHERAPY; RADIATION THERAPY; ULTRASOUND THERAPY (measurement of bioelectric currents A61B; surgical instruments, devices or methods for transferring non-mechanical forms of energy to or from the body A61B 18/00; anaesthetic apparatus in general A61M; incandescent lamps H01K; infra-red radiators for heating H05B) [6]
A61P	SPECIFIC THERAPEUTIC ACTIVITY OF CHEMICAL COMPOUNDS OR MEDICINAL PREPARATIONS [7]

Fonte: elaboração própria, a partir do estudo da sintaxe do sistema *Orbit*® e da IPC.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

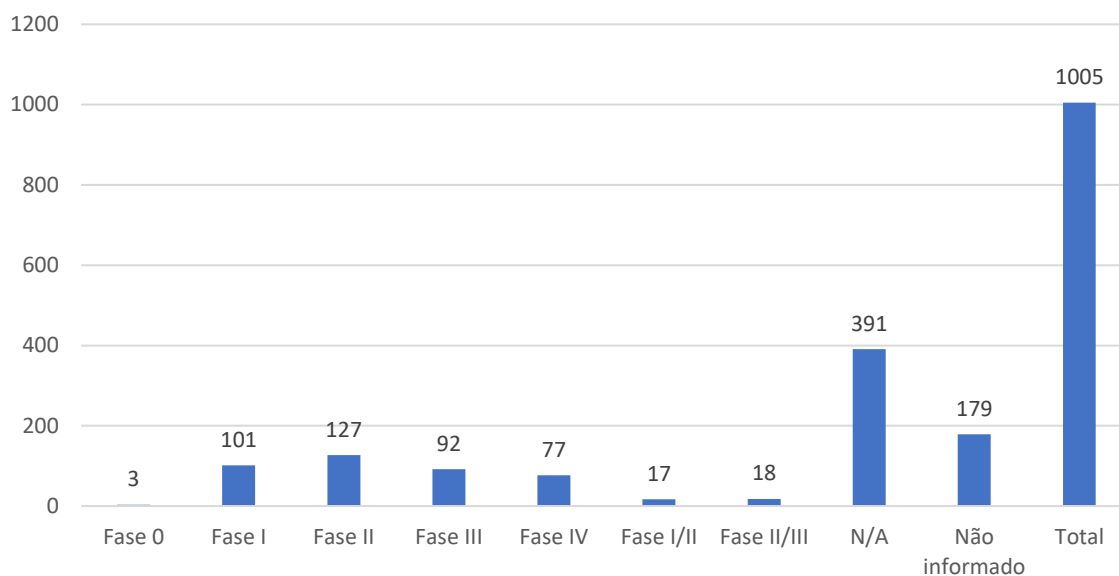
Resultados recuperados da *ICTRP-WHO*

A Figura 1 apresenta o perfil recuperado da *ICTRP* sobre o número total de ensaios clínicos sobre tuberculose para cada fase. No universo de 1005 ensaios clínicos, alguns pontos merecem destaque. Os montantes mais significativos são para os ensaios clínicos categorizados como “N/A” que significa não aplicável, o “não informado” e a “Fase II”. A Tabela 1 apresenta a contribuição percentual de cada categoria identificada.



Artigo

Figura 1 – Número de estudos clínicos sobre TB por fase



Fonte: Elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*.

Tabela 1 – Percentual do *status* categórico dos ensaios clínicos sobre tuberculose no mundo

Fase do ensaio clínico	Percentual (%)
0	0,3
I	10,0
II	12,6
III	9,2
IV	7,7
I/II	1,7
II/III	1,8
N/A (não aplicável)	38,9
Não informado	17,8
Total	100

Fonte: Elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*



Artigo

Outro aspecto importante reside no fato de que 3,5% dos ensaios clínicos encontram-se em fase de transição das fases “I para II” e “II para III”, o que em síntese demonstra um perfil dinâmico positivo dos ensaios clínicos, e 56,7 % dos ensaios clínicos não foram identificados precisamente, pois encontram-se num *status* de penumbra categórica, representados pelos “N/A” e “não informados”. Por outras palavras, não se pode precisar as motivações desta potencial omissão, mas infere-se que podem ser por estratégia de uma política de sigilo, ou descuido de um operador ao preencher os formulários. Mas de qualquer forma, acredita-se que em algum momento, devido a possibilidade de atualização, estes dois últimos perfis podem ser transformados nos demais perfis, os quais são bem definidos. Mas pode-se afirmar que 16,9 % dos ensaios clínicos encontram-se em estágio avançado ou com um perfil mais conclusivo, pois são representados pelas fases III e IV.

A Figura 2 apresenta o cenário dos patrocinadores principais com o maior número de ensaios clínicos atualmente no mundo. São 16 instituições que atuam como patrocinadores principais, dentre as quais destacam-se de sobre maneira a NIAID (USA) com 6,7%, a University of Oxford (UK) com 2,99%, o Centers for Disease Control and Prevention (USA) com 2,6%, e a University of Cape Town (South Africa) e a Aeras (Kenya), cada uma com 2,5%, de todos os ensaios clínicos. Sob a ótica das nações participantes, os Estados Unidos participam com 31,25%, o Reino Unido com 18,75%, e Netherlands, Cingapura, China, Dinamarca, Coreia, Taiwan, Quênia e África do Sul, cada uma contribui com 6,25%. Sobre a natureza dos patrocinadores, 50% deles são universidades, 12,5% são indústrias farmacêuticas, 18,75% são institutos de pesquisa, 25% são hospitais e dentre estes 18,75% são hospitais associados com universidade e, 12,5% são organizações não governamentais que atuam de forma associada. A Tabela 2 apresenta a contribuição percentual de cada patrocinador principal identificado.



Artigo

Tabela 2 –Participação dos patrocinadores nos ensaios clínicos da Figura 2

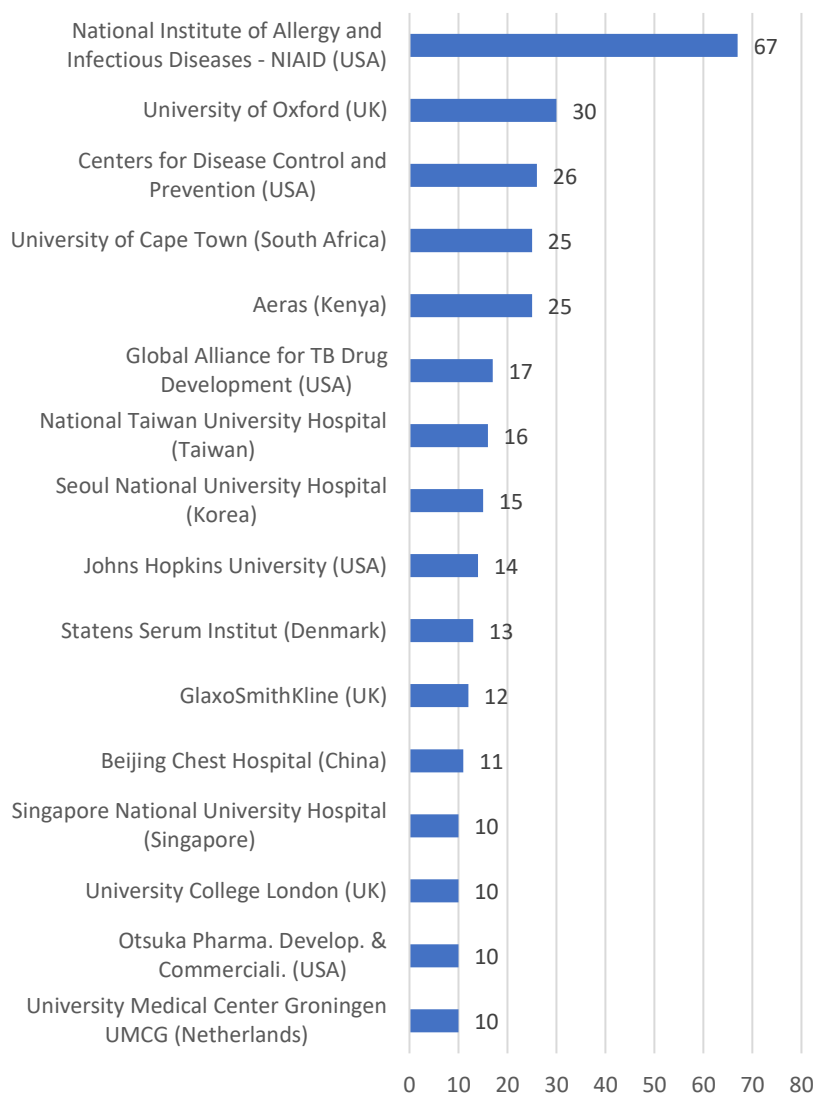
Patrocinador principal	Percentual (%)
University Medical Center Groningen UMCG (Netherlands)	1,0
Otsuka Pharma. Develop. & Commerciali. (USA)	1,0
University College London (UK)	1,0
Singapore National University Hospital (Singapore)	1,0
Beijing Chest Hospital (China)	1,1
GlaxoSmithKline (UK)	1,2
Statens Serum Institut (Denmark)	1,3
Johns Hopkins University (USA)	1,4
Seoul National University Hospital (Korea)	1,5
National Taiwan University Hospital (Taiwan)	1,6
Global Alliance for TB Drug Development (USA)	1,7
Aeras (Kenya)	2,5
University of Cape Town (South Africa)	2,5
Centers for Disease Control and Prevention (USA)	2,6
University of Oxford (UK)	3,0
National Institute of Allergy and Infectious Diseases - NIAID (USA)	6,7

Fonte: Elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*



Artigo

Figura 2 – Patrocinador Principal em função do número de estudos clínicos sobre TB



Fonte: ICTRP-WHO



ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE ENSAIOS CLÍNICOS E PATENTES SOBRE TUBERCULOSE: UM ESTUDO QUANTITATIVO E QUALITATIVO SOBRE A EVOLUÇÃO EM DUAS DÉCADAS

Páginas 344 a 378

Temas em Saúde

Volume 18, Número 1

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

A Figura 3 apresenta a relação de ensaios clínicos por país. No total são 94 países, e um campo para países não informados, distribuídos por 5 continentes. Destacam-se 5 nações, na seguinte ordem, a África do Sul com 17% de ensaios clínicos, os Estados Unidos com 13,3%, a China com 9,1%, a Índia com 7,9%, o Brasil com 4,7%, e o “não informado” com 6,7%. Importante esclarecer que estes cinco principais países respondem juntos por 51,9 % de todos os 1005 ensaios clínicos sobre tuberculose conduzidos no mundo nos últimos 20 anos. A Tabela 3 apresenta a contribuição percentual de cada país no montante de ensaios clínicos recuperados.

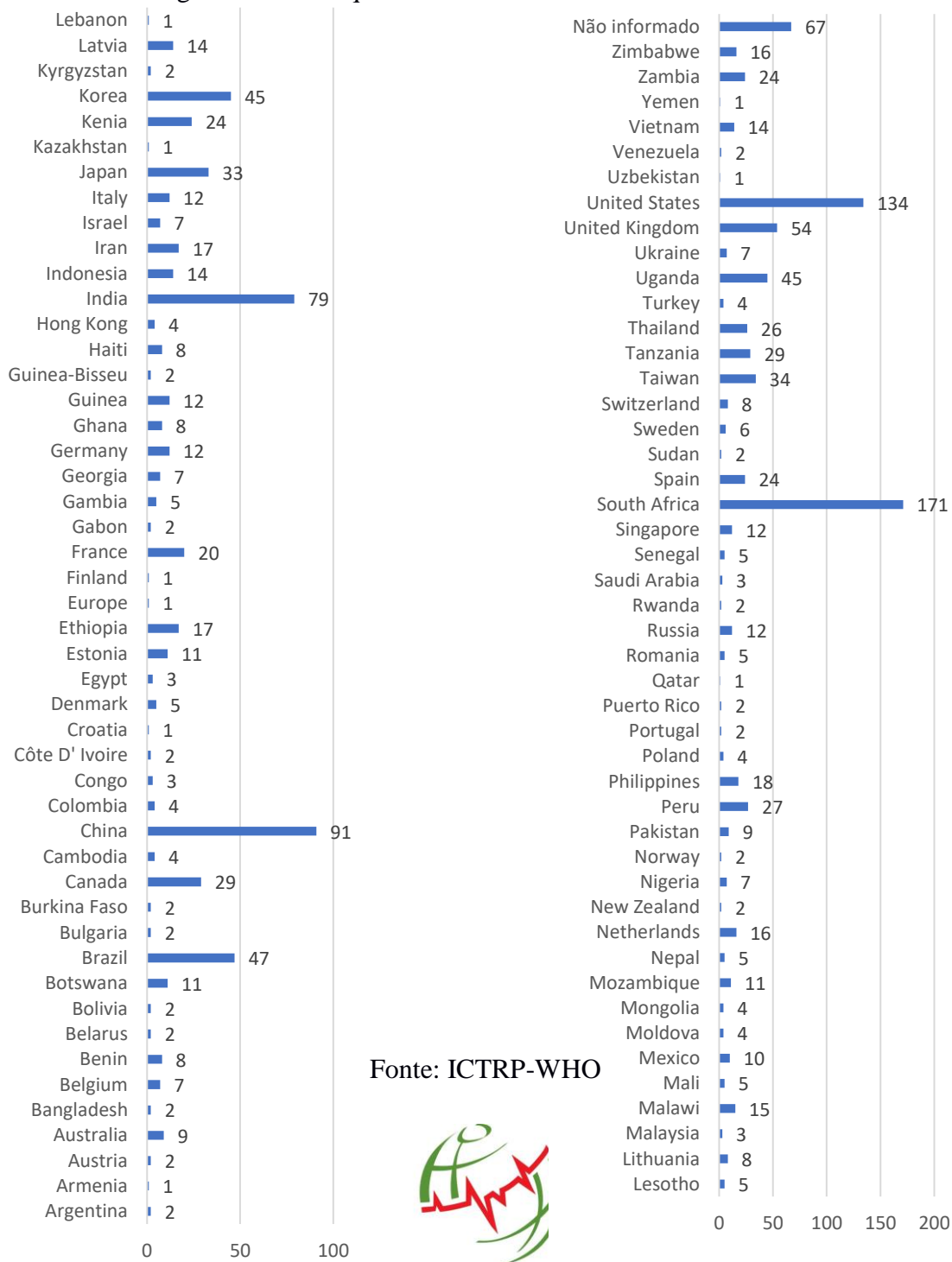


ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE ENSAIOS CLÍNICOS E PATENTES SOBRE TUBERCULOSE: UM ESTUDO QUANTITATIVO E QUALITATIVO SOBRE A EVOLUÇÃO EM DUAS DÉCADAS

Páginas 344 a 378

Artigo

Figura 3 - Países que sediaram os estudos clínicos sobre TB



Fonte: ICTRP-WHO



Artigo

Tabela 3 – Participação, nos ensaios clínicos, dos países da Figura 3.

País	Per. (%)	País	Per. (%)	País	Per. (%)	País	Per. (%)
Argentina	0,2	Europe	0,1	Lesotho	0,5	Saudi Arabia	0,3
Armenia	0,1	Finland	0,1	Lithuania	0,8	Senegal	0,5
Austria	0,2	France	2,0	Malaysia	0,3	Singapore	1,2
Australia	0,9	Gabon	0,2	Malawi	1,5	South Africa	17,01
Bangladesh	0,2	Gambia	0,5	Mali	0,5	Spain	2,4
Belgium	0,7	Georgia	0,7	Mexico	1,0	Sudan	0,2
Benin	0,8	Germany	1,2	Moldova	0,4	Sweden	0,6
Belarus	0,2	Ghana	0,8	Mongolia	0,4	Switzerland	0,8
Bolivia	0,2	Guinea	1,2	Mozambique	1,1	Taiwan	3,4
Botswana	1,1	Guinea-Bissau	0,2	Nepal	0,5	Tanzania	2,9
Brazil	4,7	Haiti	0,8	Netherlands	1,6	Thailand	2,6
Bulgaria	0,2	Hong Kong	0,4	New Zealand	0,2	Turkey	0,4
Burkina Faso	0,2	India	7,9	Nigeria	0,7	Uganda	4,5
Canada	2,9	Indonesia	1,4	Norway	0,2	Ukraine	0,7
Cambodia	0,4	Iran	1,7	Pakistan	0,9	United Kingdom	5,4
China	9,1	Israel	0,7	Peru	2,7	United States	13,3
Colombia	0,4	Italy	1,2	Philippines	1,8	Uzbekistan	0,1
Congo	0,3	Japan	3,3	Poland	0,4	Venezuela	0,2



Artigo

Côte D'Ivoire	0,2	Kazakhstan	0,1	Portugal	0,2	Vietnam	1,4
Croatia	0,1	Kenia	2,4	Puerto Rico	0,2	Yemen	0,1
Denmark	0,5	Korea	4,5	Qatar	0,1	Zambia	2,4
Egypt	0,3	Kyrgyzstan	0,2	Romania	0,5	Zimbabwe	1,6
Estonia	1,1	Latvia	1,4	Russia	1,2	Não informado	6,7
Ethiopia	1,7	Lebanon	0,1	Rwanda	0,2		

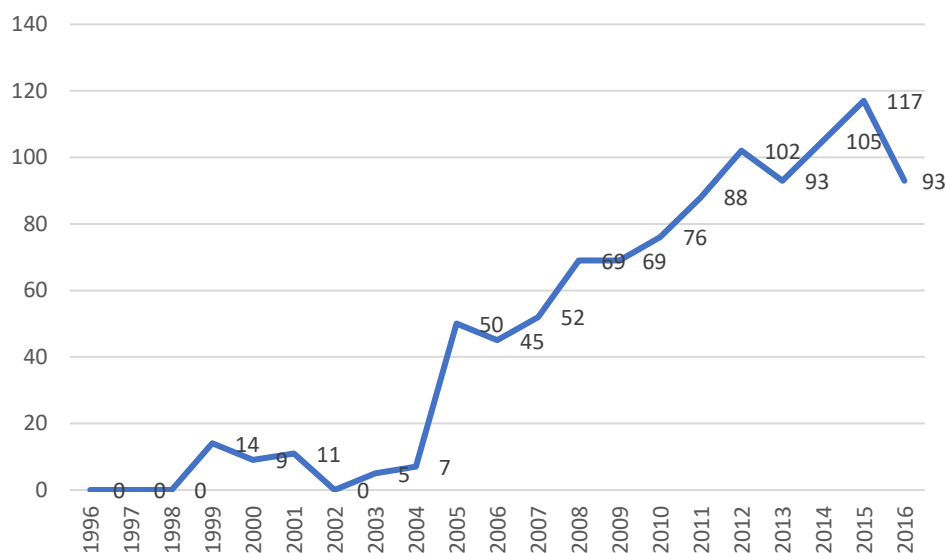
Fonte: Elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*

A Figura 4 ilustra o ano de registro dos ensaios clínicos sobre tuberculose nas últimas duas décadas. Em linhas, percebe-se um perfil linear crescente, com valores de pico nos anos de 2012, 2014 e 2015, que respectivamente foram mapeados com 10,2 %, 10,5 %, e 11,7 %. Também interessante notar que nos anos de 1996, 1997, 1998, e 2002 não foram registrados nenhum ensaio clínico sobre tuberculose no mundo todo. A tabela 4 apresenta a contribuição percentual de cada ano de registro dos ensaios clínicos sobre tuberculose recuperados no planeta.



Artigo

Figura 4 - Ano de registro dos estudos clínicos sobre TB



Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*

Tabela 4 – Ensaio clínicos por ano de registro da Figura 4.

Ano de registro	Per. (%)	Ano de registro	Per. (%)	Ano de registro	Per. (%)	Ano de registro	Per. (%)
1996	0,0	2002	0,0	2008	6,9	2014	10,5
1997	0,0	2003	0,5	2009	6,9	2015	11,7
1998	0,0	2004	0,7	2010	7,6	2016	9,3
1999	1,4	2005	5,0	2011	8,8		
2000	0,9	2006	4,5	2012	10,2		
2001	1,1	2007	5,2	2013	9,3		

Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*

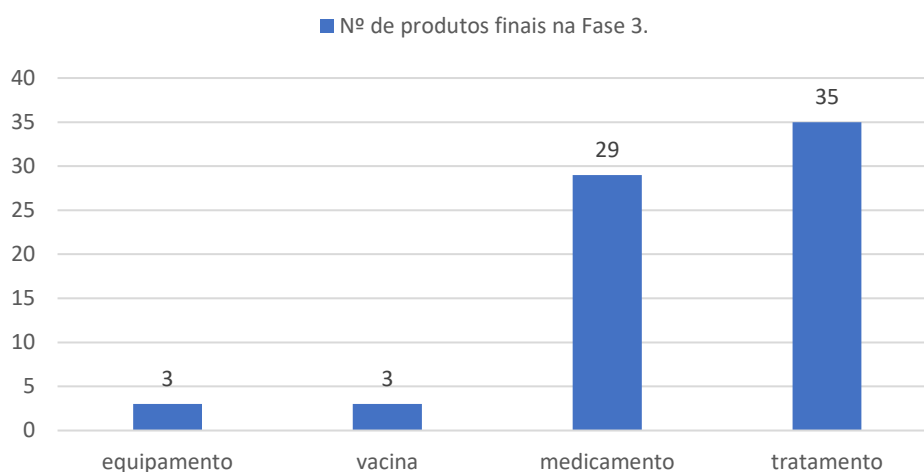
A análise do resultado final dos estudos clínicos privilegiou os estudos em fase avançada, na qual se justifica a conclusão ou obtenção de um produto final. Mister se faz esclarecer que o termo “produto final”, numa vertente restritiva, seria mais apropriado quando se referir a produtos que se encontrem na fase III ou fase IV dos ensaios clínicos.



Artigo

A Figura 5 apresenta os tipos de produtos finais que se encontram na fase 3 dos ensaios clínicos. Nesta fase constam quatro tipos de produtos, a saber: equipamento, vacina, medicamento e tratamento, que correspondem, respectivamente, a 4,3%, 4,3%, 41,4% e 50,0% de presença nos ensaios clínicos. A Tabela 5 apresenta a contribuição percentual de cada produto final da fase 3 dos ensaios clínicos sobre tuberculose cadastrados na ICTRP.

Figura 5 – Tipo e Número de produtos finais na Fase 3 para Tuberculose



Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*

Tabela 5 – percentual do tipo de produto na fase 3 dos ensaios clínicos da Figura 5.

Tipo de produto final na fase 3	Percentual (%)
Equipamento	4,3
Vacina	4,3
Medicamento	41,4
Tratamento	50,0

Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*

A Figura 6 apresenta os tipos de produtos finais que se encontram na fase 4 dos ensaios clínicos. Nesta fase constam cinco tipos de produtos e um perfil de “não informado”. Os mesmos foram assim denominados: equipamento, educacional, não



Artigo

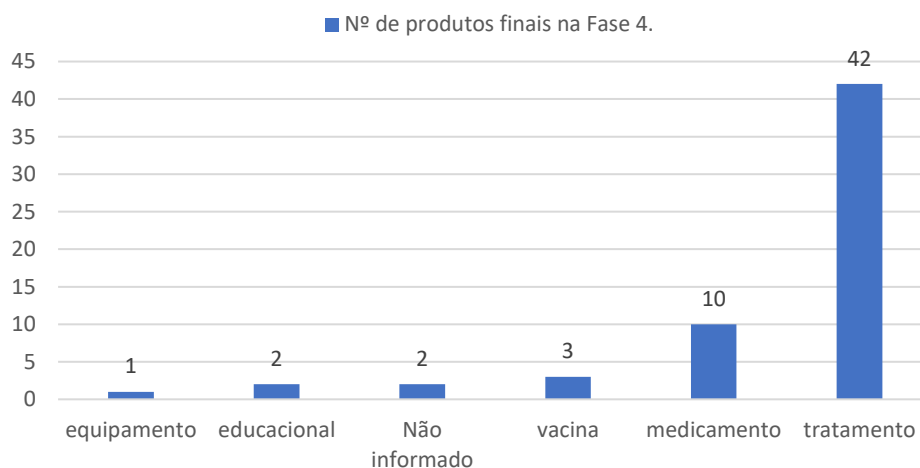
informado, vacina, medicamento e tratamento, que correspondem respectivamente a 1,7%, 3,3%, 3,3%, 5,0%, 16,7% e 70,0% de presença nos ensaios clínicos. A Tabela 6 apresenta a contribuição percentual de cada produto final da fase 4 dos ensaios clínicos sobre tuberculose cadastrados na ICTRP.

Tabela 6 – percentual do tipo de produto na fase 4 dos ensaios clínicos da Figura 6.

Tipo de produto final na fase 4	Percentual (%)
Equipamento	1,7
Educacional	3,3
Não informado	3,3
Vacina	5,0
Medicamento	16,7
Tratamento	70,0

Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*

Figura 6 – Tipo e Número de produtos finais na Fase 4 para Tuberculose



Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada na plataforma *ICTRP*



Artigo

Resultados recuperados do *Orbit*

Em síntese, de acordo com a metodologia estabelecida, foram recuperados 5563 documentos de patentes, distribuídos em escritórios de patentes em mais de 96 países. No sentido de factibilizar e privilegiar a análise e a síntese deste volume de documentos de patentes, foi utilizado um recurso do sistema *Orbit®*, denominado *top 30*. Tal funcionalidade representa um *ranking*, o qual permite selecionar e direcionar o foco do estudo nas trinta primeiras variáveis, dentro dos parâmetros de interesse, os quais podem ser: países (de primeiro depósito, de primeira prioridade, de primeira publicação), classificação internacional de patentes, titulares, cotitulares, inventores, procuradores, entre outros.

Nas figuras a seguir são destacados indicadores relevantes e estratégicos no mapeamento tecnológico dos documentos de patentes sobre tuberculose depositados no mundo. Tais indicadores são subsídios para análise, síntese e conjecturas preliminares sobre a temática, foco do estudo ora apresentado.

Cabe ainda esclarecer que o termo “documentos de patentes” se referem aos processos em qualquer *status* legal, e o termo “patente” se refere exclusivamente aos processos que lograram êxito no exame de técnico e atingiram o *status* de patente concedida ou patente deferida ou carta patente concedida.

A análise dos titulares dos documentos de patentes sobre tecnologias, sejam elas medicamentos e não-medicamentos, destinados ao tratamento de enfermos que contraíram a tuberculose, depositados no mundo, permite identificar as pessoas jurídicas e pessoas físicas, que atuam ou pretendem fazê-lo nos mercados potenciais e suas invenções (e potenciais/possíveis inovações).

Dentre o total de 5563 documentos de patentes recuperados, foram selecionados os 30 principais titulares com maior número de documentos de patentes sobre “tuberculose”, conforme indicado na Figura 7.

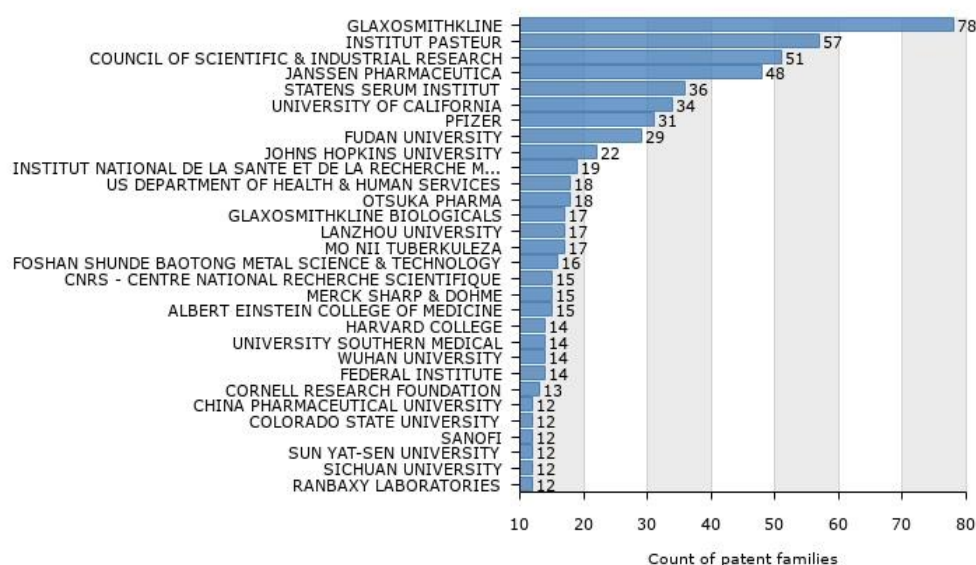
Depreende-se, a partir da Figura 7, que todos os 30 titulares são pessoas jurídicas. Quanto à natureza ou tipo de titular, identificou-se 4 grupos, quais sejam: universidades, institutos de pesquisa, indústrias farmacêuticas, e órgão governamental da administração indireta. O montante de cada um destes grupos ou categorias são, respectivamente, 12, 9, 8, 1, os quais retratam, 40 %, 30 %, 26,7 % e 3,3 % do total de 30 principais titulares.



Artigo

Figura 7 – Número de documentos de patentes por “titular”.

Distribution of search results by Assignee



© Questel 2017

Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada no sistema *Orbit*®.

A Figura 8 mostra outro conjunto de indicadores extremamente importante no mapeamento e prospecção de tecnologias, qual seja: a correlação de citações de titulares pelo número de documentos de patentes.

Trata-se de uma complexa rede de correlação na qual os “nós” ou “vértices” representam os principais titulares com números de documentos de patentes (número circunscrito em fundo verde), e as “arestas” ou “laços” orientados (com uma seta) representam a correlação de “citante” para “citado” e o número sobre o laço representa o número de documentos de patentes citados.

A Figura 8, apresenta como pano de fundo a Figura 7, e ainda que de maneira breve, pode-se inferir que o padrão dos documentos de patentes sobre tuberculose depositados no mundo, segue o padrão de outras áreas tecnológicas. Por outras palavras,



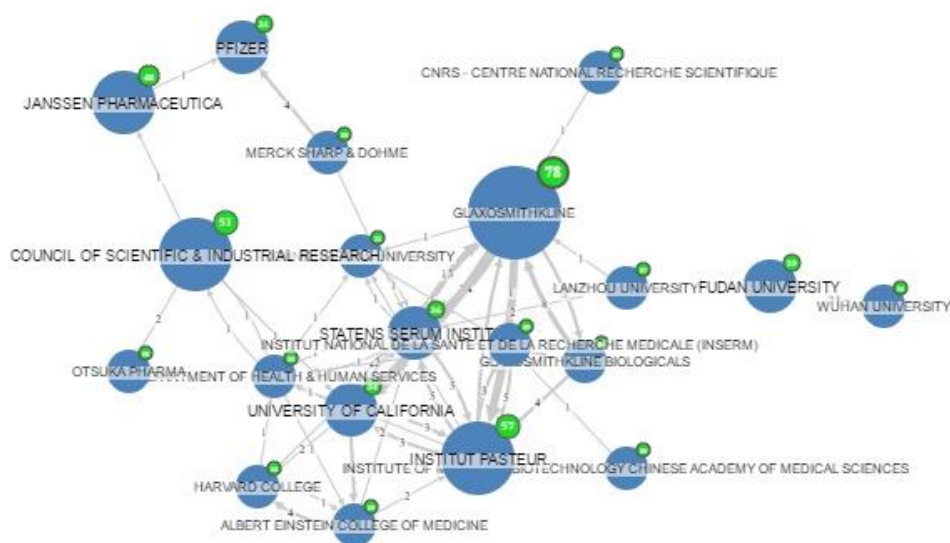
Artigo

os titulares com o maior número de documentos de patentes depositados no exterior são empresas privadas, neste contexto, a indústria farmacêutica.

Isto traz à reflexão a emblemática questão que aponta a distorção do resultado das políticas públicas de inovação no Brasil, nas quais a inovação protegida (patente) ocorre, de forma expressiva, fora do dito “setor produtivo” (empresa/indústria) e dentro da universidade (academia). Por outras palavras, um parque industrial sem o devido portfólio de bens intangíveis protegidos é um setor com baixa capacidade de competitividade e de sustentabilidade, frente aos desafios do mercado globalizado.

Figura 8 – Número de patentes na “rede de correlação de citações” por “titular”.

Graph of assignee citations



© Questel 2017

Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada no sistema *Orbit*®.

A Figura 9 apresenta um desdobramento da Figura 8, uma vez que trata do perfil da correlação de citações de cotitulares pelo número de documentos de patentes.



Artigo

Trata-se de uma complexa rede de correlação na qual os “nós” ou “vértices” representam os principais cotitulares com números de documentos de patentes (número circunscrito em fundo verde), e as “arestas” ou “laços” orientados (com uma seta) representam a correlação de “citante” para “citado” e o número sobre o laço representa o número de documentos de patentes citados.

Como se trata de uma rede complexa, o sistema *Orbit*[®] selecionou automaticamente os cotitulares mais representativos. São eles: GLAXOSMITHKLINE, GLAXOSMITHKLINE BIOLOGICALS, INSTITUT PASTEUR, INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE (INSERM), CNRS - CENTRE NATIONAL RECHERCHE SCIENTIFIQUE, PFIZER e JOHNS HOPKINS UNIVERSITY.

Depreende-se, da Tabela 7, que o perfil dos cotitulares é constituído por 3 indústrias farmacêuticas, 3 institutos de pesquisa e 1 universidade. Nota-se que uma parcela expressiva dos documentos de patentes dos institutos de pesquisa é mantida em cotitularidade, o que pressupõe forte parceria nas pesquisas e pleno compartilhamento do orçamento necessário para se manter tal portfólio de patentes ativo.

Outro aspecto que merece destaque é a baixa porcentagem de cotitularidade das indústrias farmacêuticas, entre as quais o número mais expressivo ocorre entre duas destas, as quais pertencem a um mesmo grande grupo. Este dado também confirma um comportamento padrão da indústria farmacêutica que é manter um sólido monopólio de seus medicamentos no mercado global.



Artigo

Tabela 7 – quantitativo de patentes dos principais cotitulares sobre tuberculose

Cotitulares	Nº de patentes	Nº de patentes em cotitularidade	Patentes em cotitularidade (%)
GLAXOSMITHKLINE	78	6	7,69
GLAXOSMITHKLINE BIOLOGICALS	17	6	35,29
INSTITUT PASTEUR	57	14	24,56
INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE (INSERM)	19	16	84,21
CNRS - CENTRE NATIONAL RECHERCHE SCIENTIFIQUE	15	8	53,33
PFIZER	31	2	6,45
JOHNS HOPKINS UNIVERSITY	22	2	9,09

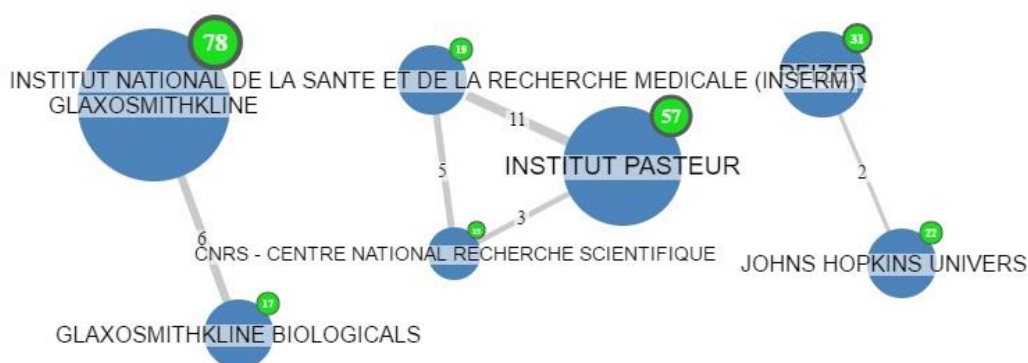
A Figura 9 apresenta como pano de fundo a Figura 7 e a Figura 8, e mais uma vez se confirma que o recorrente padrão dos documentos de patentes sobre tuberculose depositados no mundo, segue o padrão de outras áreas tecnológicas dominadas por instituições hegemônicas. Por outras palavras, os titulares com o maior número de documentos de patentes depositados no exterior são empresas privadas; neste contexto, a indústria farmacêutica.



Artigo

Figura 9 – Número de patentes na “rede de correlação de citações” por “co-titular”.

Graph of co-assignees



© Questel 2017

Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada no sistema *Orbit*®.

A Figura 10 mostra a distribuição temporal de documentos de patentes pelo ano de primeira concessão. O recorte temporal adotado é de 1997 a 2017 (fevereiro), ou seja, de 20 anos. Nos dez primeiros anos deste eixo temporal observa-se um crescimento tímido e aproximadamente linear, atingido seu ápice em 2006 (147 patentes). A partir de então, na segunda década, nota-se um perfil de crescimento, também linear, mas como uma taxa de crescimento maior que atinge seu valor máximo em 2013 (206 patentes). Entretanto, de 2014 a 2016, observa-se uma taxa de decréscimo.

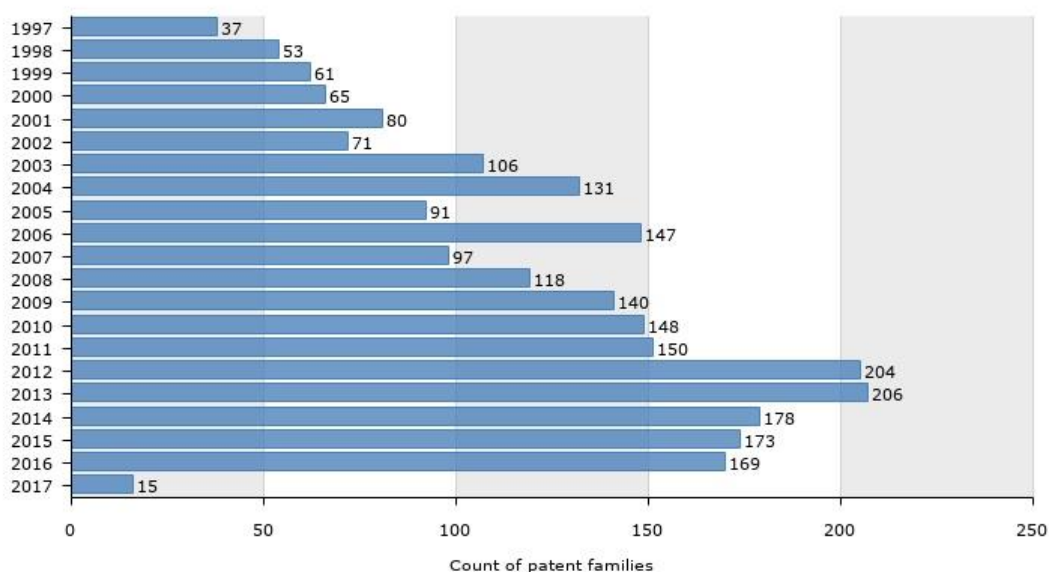
Difícil precisar a razão do referido decréscimo, que pode ser motivado desde disponibilidade reduzida de examinadores de patentes que avaliariam o mérito dos pedidos de patentes (expectativa de direito) para a concessão da carta patente (direito adquirido), até litígios judiciais.



Artigo

Figura 10 – Número de patentes por “ano de primeira concessão”.

Distribution of search results by 1st grant year



© Questel 2017

Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada no sistema *Orbit*®.

A Figura 11 apresenta a relação dos 30 principais países com maior número de patentes, os quais são a sede da primeira prioridade unionista requerida dos documentos de patentes.

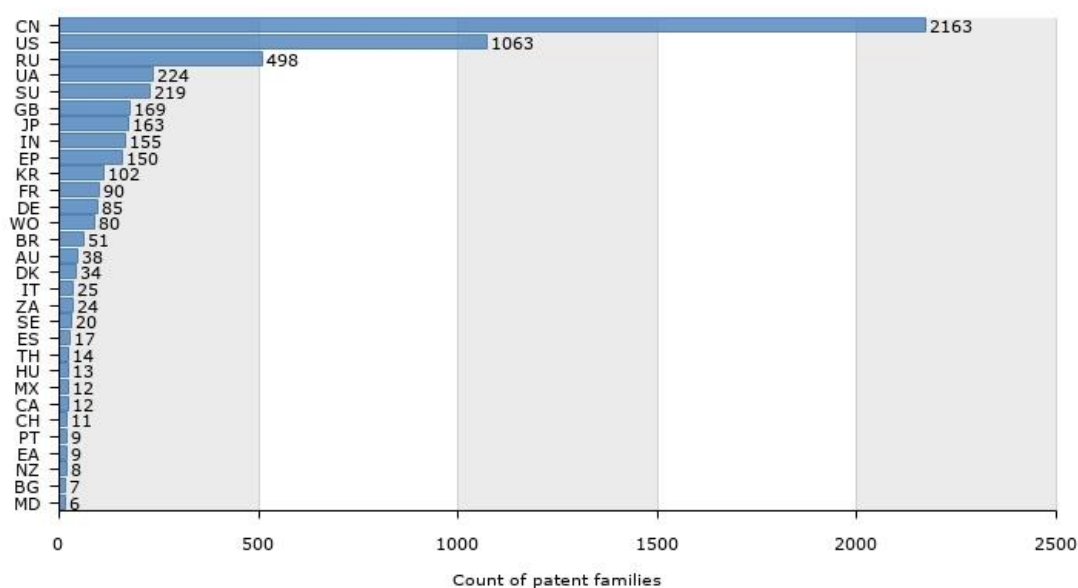
Importante destacar que a primeira colocação pertence à China (CN) com 2163 patentes, o que representa 38,81 % do total de documentos recuperados. Na esteira deste entendimento, os Estados Unidos da América (US), que ocupam a segunda posição, possuem 1063 patentes o que retrata 19,07% da amostra total de 5563 patentes. A terceira posição é ocupada pela Rússia com 498 patentes, que representa 8,94%. Também merece destaque o Brasil, que ocupa a 14ª posição com 51 patentes, que no cenário global contribui com 0,92 % das patentes.



Artigo

Figura 11 – Número de patentes por “país de primeira prioridade”.

Distribution of search results by 1st priority country



© Questel 2017

Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada no sistema *Orbit*®.

A Figura 12 apresenta indicadores também muito estratégicos para o estudo do portfólio mundial de patentes sobre tuberculose, referindo-se à distribuição dos documentos de patentes por domínio tecnológico. Da Figura 12 é notório explicitar que a principal contribuição repousa no domínio tecnológico chamado “pharmaceuticals” com 4890 documentos de patentes, os quais retratam 87,74% das soluções tecnológicas. Este perfil é destacado na cor vermelha.

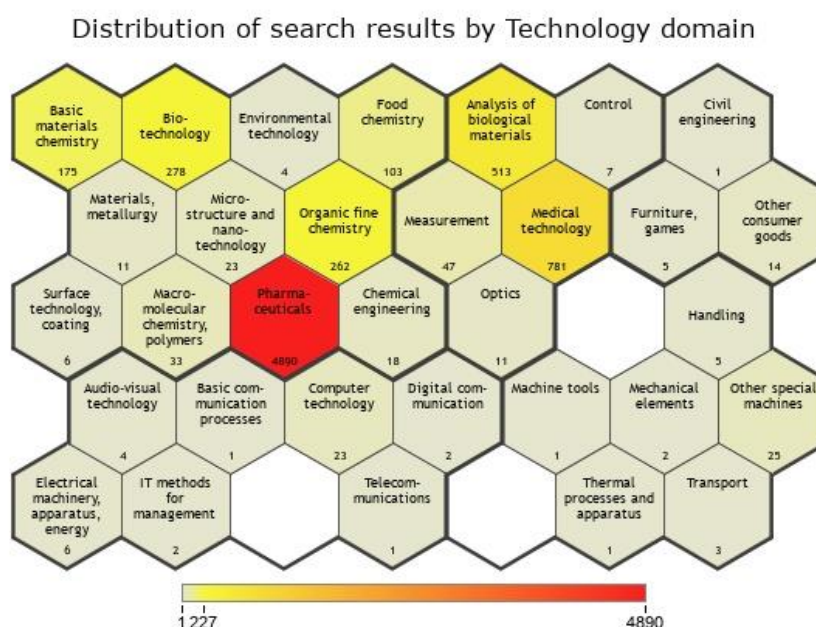
No contexto da Figura 12, destacam-se os domínios de “química” e “instrumentação”. Nos domínios de química, são mais significativos: o farmacêutico, com 4890 documentos (87,74%), o de biotecnologia com 278 documentos (4,98%), o de química orgânica fina com 262 documentos (4,70%), o de química básica de materiais com 175 documentos (3,14%) e o de química de alimentos com 103 documentos (1,85%).



Artigo

Já nos domínios de instrumentação, se sobressaem: o de análise de material biológico com 513 documentos (9,21%) e o de tecnologia médica com 781 documentos (14,01%). Em síntese, tal indicador apresenta um mapeamento privilegiado sobre os principais domínios tecnológicos e, conseqüentemente, os potenciais domínios mercadológicos que despertam interesse dos titulares de documentos de patentes sobre o combate à tuberculose.

Figura 12 – Número de patentes por “domínio tecnológico”.



© Questel 2017

Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada no sistema *Orbit*®.

Na Figura 13 apresenta-se o mapeamento dos documentos de patentes ao comparar as 20 principais subclasses da classificação internacional de patentes (CIP) com as 20 principais nações nas quais são publicados tais documentos.

Merecem destaque as CIP: A61K (7457 ocorrências), C07D (1860 ocorrências) e C12N (910 ocorrências), e os países: WIPO (WO) (1483 ocorrências) pedidos via *PCT* ou *Patent Cooperation Treaty*, Estados Unidos da América (US) (1391 ocorrências),



Artigo

Japão (JP) (814 ocorrências), Índia (IN) (523 ocorrências), Escritório Europeu de Patentes (EP) (996 ocorrências), China (CN) (2645 ocorrências), Canada (CA) (746 ocorrências), Austrália (AU) (815 ocorrências), Rússia (RU) (700 ocorrências) e Brasil (BR) (397 ocorrências). Os significados das CIP são apresentados na Quadro 2.

Figura 13 – Número de patentes por “CIP” por “país de publicação”.

Distribution of search results by Publication country / Main IPC subclass

Main IPC subclass	ZA	WO	US	UA	SU	RU	MX	KR	JP	IN	IL	GB	ES	EP	DE	CN	CA	BR	AU	AT
A01N	3	26	33	1		1	4	7	11	6	5	2	3	14	3	22	11	6	12	4
A23L		1	1			1			2					1		11	1		1	
A61B		13	12	74	44	114		2	7	7		3	2	7	4	84	5		4	1
A61F		1	1			4		1			1	1				14			1	
A61H				1	13	9		1	1											
A61J			1			2						1				31				
A61K	131	810	783	155	85	391	131	224	374	280	108	165	149	506	199	1807	361	217	439	142
A61M		9	10	5	1	16			1	1		1		6	3	61	3	1	1	
A61N		2	5	4	16	22		1	2					2	1	8	2		1	
A61P	3	26	14	18		7	6	5	8	11	3	1	3	14	4	96	9	6	15	2
C07C	4	18	14	1	4	8	1	6	10	7	4	2	6	10	6	24	6	6	7	5
C07D	51	219	173	17	14	48	62	96	160	106	64	22	56	160	46	187	124	82	126	47
C07F		6	4			3	1	1	1	1	1			2	1	1	2	1	1	
C07H	4	15	22			5	3	6	7	7	5		6	12	2	11	9	5	7	2
C07K	13	88	84	5		20	16	29	48	30	8	7	16	61	16	116	53	20	52	14
C12G																8				
C12N	16	121	95		11	23	15	23	84	29	17	13	28	94	33	100	77	26	73	32
C12P	2	8	11		1	3	3	4	15	6	5	6	5	8	6	5	9	4	8	3
C12Q	4	30	36			2	2	1	11	5	1		3	18	3	13	14	2	11	3
G01N	16	90	92	4	49	21	11	16	72	27	8	12	20	81	31	46	60	21	56	29

© Questel 2017

Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada no sistema *Orbit*®.



Artigo

Quadro 2 - Significado das três principais subclasses de CIP.

CIP	Significado
A61K	PREPARAÇÕES PARA FINALIDADES MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS OU HIGIÊNICAS (dispositivos ou métodos especialmente adaptados para dar aos produtos farmacêuticos formas físicas determinadas ou para sua administração A61J 3/00 ; aspectos químicos de, ou uso de materiais para ataduras, curativos, almofadas absorventes ou artigos cirúrgicos A61L ; composições saponáceas C11D)
C07D	COMPOSTOS HETEROCÍCLICOS (preparação de compostos macromoleculares C08)
C12N	MICRO-ORGANISMOS OU ENZIMAS; SUAS COMPOSIÇÕES (biocidas, repelentes ou atrativos de pestes, ou reguladores do crescimento de plantas contendo micro-organismos, vírus, fungos microbianos, enzimas, fermentados, ou substâncias produzidas por, ou extraídas de, micro-organismos ou material animal A01N 63/00 ; preparado medicinais A61K ; fertilizantes C05F); PROPAGAÇÃO, CONSERVAÇÃO, OU MANUTENÇÃO DE MICRO-ORGANISMOS; ENGENHARIA GENÉTICA OU DE MUTAÇÕES; MEIOS DE CULTURA (meios de ensaio microbiológico C12Q 1/00)

Fonte: <http://ipc.inpi.gov.br/ipcpub/#refresh=page>

A Figura 14 apresenta o cenário dos documentos de patentes no âmbito do processamento do mérito. Em primeiro lugar, estão o número de patentes concedidas ou de cartas patente, que representam 27,5% dos 5563 documentos de patentes. Sobre as patentes que atingiram a caducidade estão contidos 24,26% dos documentos de patentes. Em seguida, na terceira posição, estão os documentos de patentes pendentes, que representam 23,45%. Nas últimas posições, quarto, quinto e sexto lugar, estão as patentes expiradas com 15,83 %, as patentes revogadas com 8,76 % e as desconhecidas com 0,04 %, respectivamente.

Em síntese, os documentos ativos são compostos pelas categorias “patente concedida” e “pedido de patente pendente”, e os documentos inativos são formados pelas categorias patente nos estados de revogada, expirada e caducada. Isto posto, depreende-se que tal cenário confirma a abertura de uma grande oportunidade para medicamentos genéricos, amplamente explorados pela indústria farmacêutica.

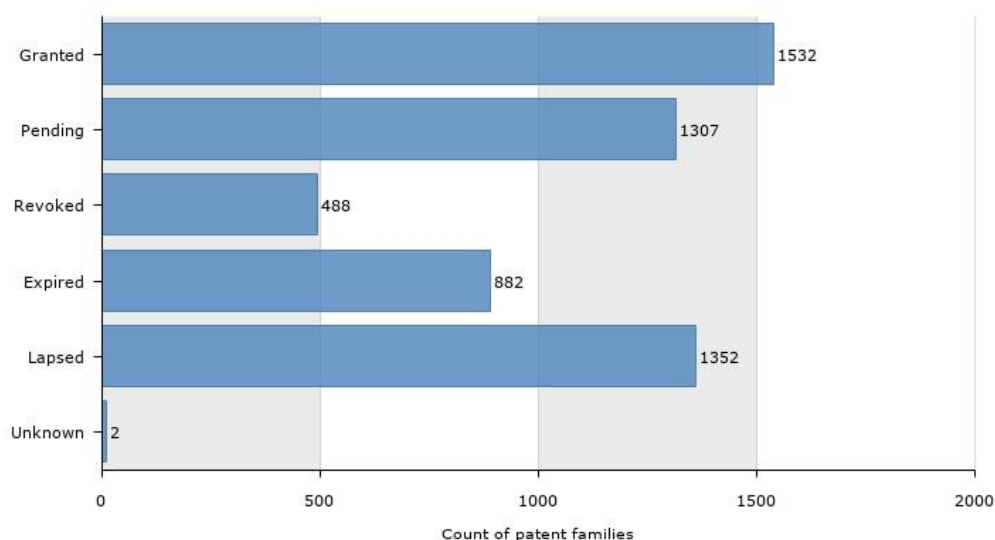


Artigo

Por outro lado, tais indicadores apontam para uma realidade temerária, na qual o atual arsenal farmacêutico de combate à tuberculose apresenta baixo grau de “inovação terapêutica”, seja por inatividade do documento de patente, seja pela prática do “*evergreening*”, frente aos desafios de saúde pública, como o surgimento de bactérias multirresistentes que causam formas mais agressivas da tuberculose.

Figura 14 – Número de patentes por “*status legal*”.

Distribution of search results by Legal status



© Questel 2017

Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada no sistema *Orbit*®.

A Figura 15 apresenta a relação entre o titular e o ano da primeira prioridade. A análise aqui apresentada priorizou o maior número de documentos de patentes por ano.

Neste cenário se destacam, com 16 patentes concentradas num mesmo ano, as instituições “GLAXOSMITHKLINE” em 1998 e a “FOSHAN SHUNDE BAOTONG METAL SCIENCE & TECHNOLOGY” em 2015. Na segunda posição vem a “JANSSEN PHARMACEUTICA”, com 12 patentes em 2013. Já na terceira posição, com 9 patentes cada uma, se apresentam a “PFIZER” em 2002 e a “JANSSEN



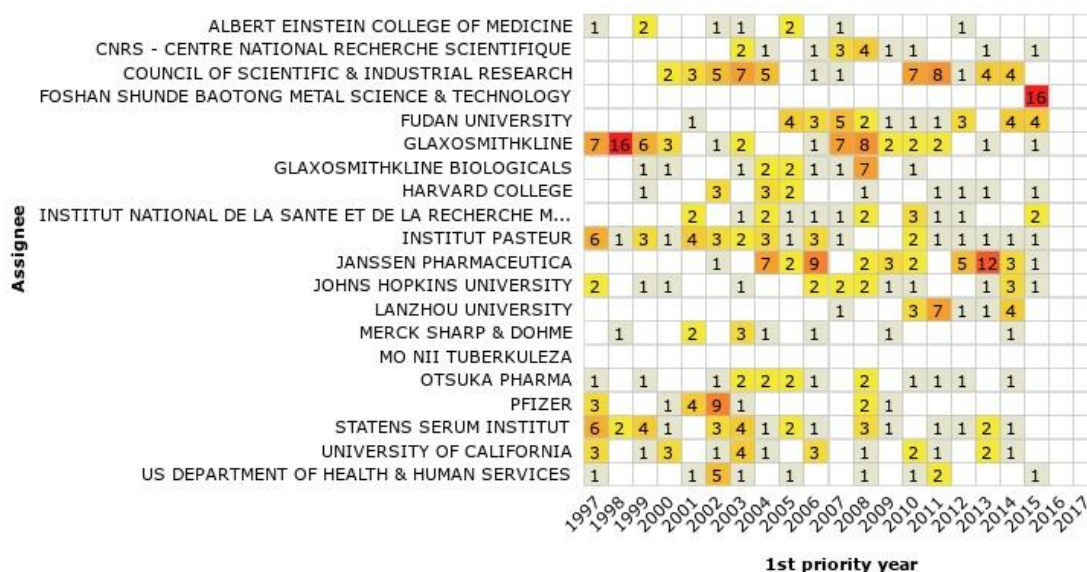
Artigo

PHARMACEUTICA” em 2006. Dentre o total de 5563 documentos de patentes recuperados, foram selecionados os 20 principais titulares com maior número de documentos de patentes sobre “tuberculose” pelo “ano de primeira prioridade”, conforme indicado na Figura 15.

Depreende-se, a partir da Figura 15, que todos os 20 titulares são pessoas jurídicas. Quanto à natureza ou tipo de titular, identificou-se 4 grupos, quais sejam: universidades, institutos de pesquisa, indústrias farmacêuticas, e órgão governamental da administração indireta. O montante de cada um destes grupos ou categorias são, respectivamente, 6, 7, 6, 1, os quais retratam, 30 %, 35 %, 30 % e 5 % do total de 20 principais titulares.

Figura 15 – Número de patentes por “titular” e por “ano de primeira prioridade”.

Distribution of search results by Assignee / 1st priority year



© Questel 2017

Fonte: elaboração própria, a partir de simulação realizada no sistema *Orbit*®.

A Tabela 8, a seguir, apresenta um perfil consolidado sobre a massa de dados anteriormente destacadas. Trata-se de uma análise comparativa entre três instituições e



Artigo

seus respectivos países de origem, as quais constam tanto na relação dos principais patrocinadores de ensaios clínicos, quanto na relação dos principais titulares de patentes, ambos no cenário mundial ao longo de 20 anos. Dos 16 patrocinadores principais apresentados na Figura 2 e Tabela 2, nota-se que 3 deles também estão presentes entre os titulares principais de patentes de acordo com a Figura 7.

Tabela 8 – análise comparativa entre instituições “patrocinadores” e “titulares”

Patrocinador EC e titular de PAT	Análise por instituição					Análise por país				
	Instituição	Sigla País	Nº EC	% EC	Nº PAT	% PAT	Sigla PCT	Nº EC	% EC	Nº PAT
GlaxoSmithKline	UK	12	1,2	78	1,4	GB	54	5,4	169	3,0
Johns Hopkins University	USA	14	1,4	22	0,4	US	13	13,4	106	19,1
Statens Serum Institut	Denmark	13	1,3	36	0,6	DK	5	0,5	34	0,6

EC: ensaio clínico; PAT: patente; PCT: Patent Cooperation Treaty.

Fonte: elaboração própria, a partir de dados do sistema *Orbit*® e da plataforma *ICTRP*®.

CONCLUSÕES

Em atenção aos resultados analisados e sintetizados depreende-se que o cenário mundial sobre os estudos clínicos e as patentes, ambos aplicados à tuberculose, aponta para um caminho em que se impõe a urgente construção de novas políticas públicas que possam melhor atender a tais demandas. No caso do Brasil, importa destacar sobre a necessidade de acompanhamento do Projeto de Lei do Senado Nº 200 de 2015, o qual “dispõe sobre princípios, diretrizes e regras para a condução de pesquisas clínicas em seres humanos por instituições públicas ou privadas”.



Artigo

Também importante registrar todos os esforços em torno da Lei Nº 9279/1996, que “regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial”, no sentido de aperfeiçoar o sistema de patentes no país, por meio do fomento que privilegie aumentar o portfólio de patentes de “prioridade brasileira”, aumentar o número de patentes concedidas a nacionais, diminuir o tempo médio de concessão de patentes no Brasil (*backlog*). Em síntese, entende-se que a combinação sinérgica dos efeitos (sociais, econômicos e jurídicos) destes dois diplomas legais pode impactar significativamente na independência tecnológica do Brasil no âmbito de criação de novas tecnologias de combate à tuberculose.

O panorama geral de combate à tuberculose, em duas décadas, conta com 1005 ensaios clínicos distribuídos em 94 países, 5563 patentes depositadas em 96 países. Observou-se que algumas instituições participam no cenário mundial, tanto como os “principais patrocinadores” de ensaios clínicos, como também “principais titulares” de patentes, tais como: *GlaxoSmithKline*, *Johns Hopkins University* e *Statens Serum Institut*. Tal fato corrobora a já conhecida prática da indústria farmacêutica e dos grandes centros de pesquisa, que investe expressivamente em pesquisa básica e aplicada com vistas a lograr êxito no mercado por meio de um sólido e robusto portfólio de patentes, a fim de garantir sua exclusividade de exploração comercial de mercado de medicamentos e demais tecnologias aplicadas à saúde. Também se destaca o perfil linear de crescimento, que resguarda entre si alinhamento e coadunação, no âmbito do “ano de registro dos ensaios clínicos” e “ano de primeira concessão das cartas patente”, ambos sobre tuberculose. Outro padrão identificado foi o alinhamento existente entre os “produtos finais” das fases III e IV dos ensaios clínicos, com os “domínios tecnológicos” das patentes, e as “CIPs” mais significativas das patentes, o que mais uma vez demonstra as estratégias de construção de monopólios patentários e, conseqüentemente, de mercado, que se iniciam nos primórdios dos ensaios clínicos sobre tuberculose.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_guia_bolso.pdf. Acesso em: 25 de maio de 2017.



ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE ENSAIOS CLÍNICOS E PATENTES SOBRE TUBERCULOSE: UM ESTUDO QUANTITATIVO E QUALITATIVO SOBRE A EVOLUÇÃO EM DUAS DÉCADAS

Páginas 344 a 378

Artigo

ICTRP. International Clinical Trials Registry Platform. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/ictrp/en/>.

Lei Federal Nº 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9279.htm. Acesso em: 08 de agosto de 2017.

Orbit Intelligence System®. Questel® Company. Disponível em: <https://www.orbit.com/>.

Projeto de Lei do Senado Nº 200 de 2015. Dispõe sobre princípios, diretrizes e regras para a condução de pesquisas clínicas em seres humanos por instituições públicas ou privadas. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/120560>. Acesso em: 08 de agosto de 2017

VASCONCELLOS, A.G.; MOREL, C.M. (2012). Enabling Policy Planning and Innovation Management through Patent Information and Co-Authorship Network Analyses: A Study of Tuberculosis in Brazil. **PLoS ONE** 7(10): e45569. doi:10.1371/journal.pone.0045569. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0045569>. Acesso em: 20 de maio de 2017.

WHO. World Health Organization. **Global Tuberculosis Report 2016**. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250441/1/9789241565394-eng.pdf>. Acesso em 12 de junho de 2017.



Artigo

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:
APLICABILIDADE DA PRÁTICA NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL
DO INTERIOR**

Aline Kedma Marques Lima¹
Kamila Nethielly Souza Leite²
Rosa Martha Ventura Nunes³
Talícia Maria Alves Benício⁴

RESUMO: As teorias de enfermagem servem como referencial teórico/metodológico/prático aos enfermeiros, de investigações e assistência no âmbito da profissão, considerando que a responsabilidade do cuidar exige que as decisões sobre as intervenções propostas sejam fundamentadas na avaliação do estado de saúde do indivíduo. É um método que oferece subsídios para a melhoria da assistência de enfermagem. O estudo tem como objetivo avaliar a Sistematização Assistência de Enfermagem (SAE), na Teoria e na Prática da Clínica Médica, comparando a aplicabilidade na prática hospitalar e a teoria proposta. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa, a população é composta pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam na Clínica médica do Hospital Regional Emília Câmara, em número de 27 técnicos e enfermeiros. Os dados apresentam as informações referentes às características sociodemográficos dos profissionais de enfermagem, dos vinte técnicos de enfermagem todos são unânimes em

¹ Graduanda em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos. E-mail: akmlima@hotmail.com

² Enfermeira. Docente das Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Doutoranda em Pesquisa em Cirurgia pela FCMSCSP. E-mail: ka_mila.n@hotmail.com

³ Enfermeira. Docente das Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Ciências da Saúde pela FCMSCSP. E-mail: rosamarthaventura@hotmail.com

⁴ Médica Veterinária. Docente das Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Medicina Veterinária pela Universidade Federal de Campina Grande. Doutoranda em Medicina Veterinária pela UFCG. E-mail: proftaliciabenicio@gmail.com



Artigo

suas colocações: Organização e qualidade de vida; plano assistencial; organização do fluxo de pacientes; responsabilidade profissional; elo entre paciente e profissional; compromisso para o bem estar biopsicossocial. Dos sete enfermeiros na avaliação da assistência de enfermagem um refere-se a uma boa conquista cientificamente, mas, que na prática e realidade profissional diária, serve apenas burocraticamente, pois não existe uma avaliação adequada para o plano de cuidados. Já seis concordam com uma eventual mudança com a SAE. Quando se confronta a teoria versus prática da sistematização nota-se uma grande diferença de realidade. Dessa forma nota-se que os enfermeiros pesquisados conhecem e acreditam na importância da SAE para a melhoria do cuidado. Apesar dos técnicos de enfermagem não realizarem as cinco etapas de forma integral, durante toda pesquisa é nítida a insatisfação dos profissionais perante as condições de trabalho, o que interfere diretamente na qualidade de cuidados prestados.

Palavras-chave: Sistematização da Assistência de Enfermagem. Prática hospitalar. Teoria.

ABSTRACT: Nursing theories serve as a theoretical / methodological / practical reference to nurses, of research and assistance within the profession, considering that the responsibility of care requires that the decisions about the interventions proposed are based on the evaluation of the health status of the individual. It is a method that provides subsidies for the improvement of nursing care. The aim of this study was to evaluate the Nursing Assistance Systematization (SAE), in the Theory and Practice of the Medical Clinic, comparing the applicability in the hospital practice and the proposed theory. This is an exploratory-descriptive study with a quantitative and qualitative approach, the population is composed of nurses and nursing technicians who work in the Medical Clinic of the Hospital Regional Emília Câmara, in number of 27 technicians and nurses. The data present the information regarding the sociodemographic characteristics of nursing professionals, of the twenty nursing technicians, all of whom are unanimous in their positions: Risk classification; Organization and quality of life; Health care plan; Organization of patient flow; Professional responsibility; Link between patient and professional; Commitment to biopsychosocial well-being. Of the seven nurses in the assessment of nursing care one refers to a good achievement scientifically but, which in practice and daily professional reality, serves only bureaucratically, as there is no adequate assessment for the care plan. Six already agree with a possible change with SAE.



Artigo

When confronted with the theory versus practice of systematization one notices a great difference of reality. In this way, the nurses researched know and believe in the importance of SAE for the improvement of care. Although nursing technicians do not carry out the five steps in an integral way, during all research the professionals' dissatisfaction with the working conditions is clear, which directly interferes with the quality of care provided.

Keywords: SAE - Systematization of Nursing Assistance. Hospital practice. Theory.

INTRODUÇÃO

A utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pelo enfermeiro, propicia o desenvolvimento de um atendimento individualizado e com intervenções satisfatórias, o que garante a continuidade da assistência ao cliente, nos serviços de saúde. Portanto, a SAE é um método que organiza e qualifica o trabalho do enfermeiro (SILVA; GARANHANI; GUARIENTE, 2014).

Para implementação da SAE são necessárias habilidades assistenciais e gerenciais, uma vez que esta metodologia representa uma revolução na forma de prestar os serviços de saúde, implicando a reorganização de recursos físicos, humanos e administrativos, além de ser uma nova forma de executar o cuidado, à luz de uma Teoria de Enfermagem, favorecendo uma nova direção às ações dos enfermeiros (SANTANA, et al., 2016).

As teorias de enfermagem foram elaboradas para explicitarem a complexidade e multiplicidade dos fenômenos presentes no campo da saúde e, também, para servirem como referencial teórico/metodológico/prático aos enfermeiros que se dedicam à construção de conhecimentos, ao desenvolvimento de investigações e à assistência no âmbito da profissão (SCHAURICH; CROSSETTI, 2010).

Considerando que a responsabilidade do cuidar exige que as decisões sobre as intervenções propostas sejam fundamentadas na avaliação do estado de saúde do indivíduo, a sistematização é, em qualquer circunstância, primordial às suas ações, uma vez que se trata de um método eficiente de organização do pensamento para a tomada de decisões e conseqüente possibilidade de solução dos problemas detectados (PEREIRA; STUCHI; ARREGUY-SENA, 2010).

É um método que permite gerar uma fonte de conhecimento atual sobre o problema e determinar se o conhecimento é válido para ser transferido para a prática; a



Artigo

construção da revisão integrativa deve seguir padrões de rigor metodológico, os quais possibilitarão, ao leitor, identificar as características dos estudos analisados e oferecer subsídios para o avanço da enfermagem (ALCAL; ROSSI; GALVÃO, 2009).

Assim, as oito funções da teoria de enfermagem do déficit de autocuidado são: definir que termos referentes ao ser humano são mais adequados à enfermagem; destacar o enfoque de enfermagem mais adequado; estabelecer uma linguagem própria; definir limites para orientar o pensamento, a prática, a investigação e a educação; reduzir a carga cognitiva, proporcionando subsídios à razão para receber informações e permitir às pessoas categorizar conceitos de forma a relacionar insights sobre características de situações concretas de enfermagem; permitir inferências sobre as articulações da enfermagem com outros domínios da atividade humana; gerar nos estudantes e nos enfermeiros um estilo de pensamento e comunicação padronizados; e inserir os enfermeiros no âmbito acadêmico (PIMPÃO et al., 2010).

O papel do enfermeiro e sua função são diferenciados de acordo com a área de atuação do profissional, cargo na instituição e cenário de prática. No cenário brasileiro, poucas instituições de ensino superior proporcionam formação nesta área acadêmica. Um dos exemplos de diversidade é, por exemplo, a questão do transplante em que há necessidade desses profissionais examinem continuamente sua prática profissional, buscando maneiras de melhorar a assistência de enfermagem prestada a essa clientela (MENDES et al., 2012).

A SAE deve ser introduzida na assistência de qualidade é necessário a Humanização que começou a ser discutida mais amplamente a partir de 2003, com a criação da Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS), visando à implementação de estratégias que viabilizassem o contato humano entre profissionais da Saúde e usuários, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade, proporcionando qualidade, resolutividade e eficácia na atenção à saúde e difundindo uma nova filosofia de humanização na rede hospitalar credenciada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (MORAES et al., 2009).

O atendimento na maioria dos serviços de saúde reflete uma demanda considerável de pacientes insatisfeitos com a qualidade dos atendimentos ofertados ao público. Logo, isso deve contribuir para que os próximos acadêmicos tenham uma excelente fonte de pesquisa, tanto quanto os profissionais de enfermagem contemplem a população com uma assistência de qualidade, e a própria população em contrapartida compreenda que a enfermagem está comprometida em ofertar esses serviços com presteza



Artigo

e muita dedicação, uma vez que temos em mente um lema mais do que merecido: “A arte do Cuidar” (CHERNICHARO; SILVA; FERREIRA, 2012).

Ainda segundo os mesmos autores, o comprometimento com a assistência, qualidade e humanização nos atendimentos independente de qual pessoa assistir, tornar esse estudo enriquecedor para todos que tiverem acesso, pois compete aos profissionais da enfermagem unificar o conhecimento teórico e prático bem assistido a cada ser individualizado, almejando qualidade e satisfação da clientela.

A enfermagem diferencia-se das outras profissões com tanta destreza, diversidade de ocupações: assistência, na coordenação de setores, na gestão, na educação, entre outros, que muitas vezes proporcionam um determinado desconforto de alguns profissionais da área da saúde. Sabemos que muitas vezes há julgamentos dos profissionais de enfermagem, por várias situações que aparecem em redes sociais, revistas, jornais, etc. No entanto, é a enfermagem que a população busca para resolver seus problemas de saúde, sendo a equipe da saúde com um maior suporte em todos os sentidos, desde a admissão de um paciente até sua alta hospitalar. Com a implantação e a prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é adquirida a identidade do profissional enfermeiro. A arte do cuidar não é apenas mito, é uma realidade de profissionais que disponibilizam tempo, paciência, respeito, tolerância e, acima de tudo, amor à profissão e aos seres humanos.

Com base em tais pressupostos, questiona-se: Será que a SAE está sendo aplicada na prática hospitalar? A sistematização da assistência é válida diante de tantas dificuldades existentes na enfermagem? Os objetivos desse estudo foram: Desvelar a sistematização assistência de enfermagem na prática da clínica médica e mostrar a SAE aplicada na prática hospitalar.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa. Os estudos descritivo-exploratórios são pesquisas que coletam descrições detalhadas de variáveis, utilizam os dados para justificar e avaliar as condições e práticas existentes ou sugerir planos para melhorar a atuação profissional na atenção à saúde (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001; MINAYO, 2006).

A população é composta pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam na clínica médica do Hospital Regional Emília Câmara, em número de 27 técnicos e



Artigo

enfermeiros. A amostra foi com os 27 profissionais, sendo 20 técnicos e 7 enfermeiros que aceitaram participar da pesquisa e que seguiram os seguintes critérios de inclusão: Ser enfermeiro e técnico de enfermagem; ter no mínimo seis meses de atuação no setor. E, como critérios de exclusão: aqueles profissionais que não fazem parte do setor da clínica médica.

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética e tem o CAAE: 64091517.6.0000.51. Os participantes foram informados quanto ao objetivo do estudo, bem como sobre a garantia do sigilo das informações prestadas no ato da entrevista. Após receberem todas as informações sobre os objetivos da pesquisa, os mesmos para participarem do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Os possíveis riscos do estudo foram moderados, como: desconforto psicológico ao responder o questionário, porém foram amenizados a partir de uma conversa com os entrevistados, pausando a coleta e mostrando os benefícios. Entre os benefícios, os dados desse estudo contribuir para melhorar a assistência de enfermagem no referido Hospital, com o intuito de orientar os enfermeiros do setor, como utilizar a SAE de forma correta.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, um questionário estruturado previamente elaborado pela autora, contendo questões objetivas e subjetivas. O mesmo foi composto por dados socioeconômicos e demográficos, na primeira parte, e na segunda os dados referentes ao objetivo do estudo. Os dados foram coletados no período de abril e maio de 2017. Os dados coletados foram expostos em tabelas e quadros. A pesquisa foi realizada levando em consideração os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos assegurando total sigilo das informações individuais colhidas, preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados da tabela 1 apresentam as informações referentes as características sociodemográficas dos profissionais de enfermagem: os resultados mostram que dos 7 enfermeiros, 5 (71,4%) têm idade entre 29 e 31 anos, 2 (28,6%) têm a idade entre 32 e 41. Dos 20 técnicos de enfermagem: 7 (35%) têm a idade entre 29 e 31 anos, 6 (30%) têm a idade entre 32 e 41 anos, e 7 (35%) têm idade entre 41 e 55 anos. Em uma média geral, 44,4% dos profissionais apresentam faixa etária entre 29 e 31 anos, 29,62% têm 32 e 41 anos e 25,9% apresentam idade entre 41 e 55 anos. Em relação ao gênero, 7 (100%) são enfermeiras e 17 (85%) dos técnicos de enfermagem são também do sexo feminino.



Artigo

Os dados condizem com outra pesquisa realizada em uma unidade hospitalar de saúde no Município de Ribeirão Preto, SP, onde a média entre as idades foi de 35 anos, variando entre 28 e 56 anos. Em relação ao gênero, 91,6% dos profissionais eram do sexo feminino (PINTO et al, 2012).

No que se diz respeito ao estado civil dos profissionais entrevistados os dados mostram: 9 (45%) solteiros, 7 (35%) casados, 3 (15%) divorciados. Esses dados se mostram diferentes dos resultados de outras pesquisas. Em uma coleta realizada em uma unidade de saúde do Mato Grosso, a maioria dos profissionais disseram estarem casados (49,4%) e (36,7%) declararam serem solteiros e 5,1% disseram estarem divorciados (CÔRREA et al, 2012).

Em contrapartida outra pesquisa realizada com a equipe de enfermagem em um ambulatório de um hospital universitário aponta que: 46,67% dos profissionais estavam casados, 33,33% dos enfermeiros eram solteiros, 10% estavam divorciados e outros 10% em união estável, mostraram resultados diferentes desse estudo (SOUZA; TEIXEIRA, 2015).



Artigo

Tabela 1 – Caracterização da amostra quanto à: Dados demográficos. Enfermeiro (Enf.) n =7 e Técnicos de enfermagem (tec.) n=20. Afogados da Ingazeira-PE, 2017.

Faixa etária	Enf. (%)	Tec. (%)
De 29 a 31 anos	5 (71,4%)	7 (35%)
32 a 41 anos	2 (28,6%)	6 (30%)
De 41 a 55 anos		7 (35%)
Gênero:		
Feminino	7 (100%)	17(85%)
Masculino		3 (15%)
Estado civil:		
Solteiro (a)	4 (57,1%)	9 (45%)
Casado (a)	3 (42,9%)	7 (35%)
Divorciado (a)		3 (15%)
Viúvo (a)		
Vínculo empregatício:		
Efetivo	1 (14,3%)	10 (50%)
Contratado	6 (85,7%)	10 (50%)
Tempo de Trabalho na Instituição:		
De 1 ano à 3 anos	4 (57,1%)	
De 2 à 5 anos		15 (75%)
5 à 10 anos	3 (42,9%)	
De 10 à 37 anos		5 (25%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

O quadro 1, a seguir, mostra o conhecimentos dos técnicos e enfermeiros acerca da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). E, de acordo com Chaves (2009), as etapas do processo de enfermagem são definidas como: investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Os profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares) são os principais responsáveis pela execução da sistematização da assistência de enfermagem. Técnicos e auxiliares participam da SAE atuando na assistência direta ao paciente, realizando as prescrições do enfermeiro e registrando todos os cuidados prestados (PENEDO; SPIRI, 2014).



Artigo

Quadro 1- Etapas da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Enfermeiro (Enf.) n =7 e Técnicos de enfermagem (tec.) n=20. Afogados da Ingazeira-PE, 2017.

Etapas da Sistematização	Enf. (número)	Tec. (número)
Aplicação de algumas etapas da sistematização da assistência de enfermagem	<i>- Repasse de plantão, visita a paciente e preenchimento da SAE,</i> <i>- Orientações sobre os tipos de parto, Amamentação.</i> (1 enfermeiro)	<i>-Expressam trabalhar com três etapas, das 5 etapas da SAE: Coleta de dados, implementação e avaliação.</i> (19 respostas)
Aplicação das cinco etapas do da sistematização da assistência	<i>- Coleta de dados,</i> <i>- Diagnóstico de enfermagem,</i> <i>- Planejamento de enfermagem,</i> <i>-Implementação,</i> <i>- Resultados esperados.</i> (6 respostas)	<i>- Relatam trabalhar com diagnóstico (20 respostas)</i> <i>- Relatam trabalhar com planejamento de enfermagem.</i> (17 respostas)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

De acordo com os apresentados no quadro 1, verifica-se que 6 (85,7%) dos enfermeiros conhecem as cinco etapas do processo de enfermagem. Enquanto 19 (95%) dos técnicos de enfermagem relataram trabalhar com apenas três etapas da sistematização (Coleta de dados, Implementação e avaliação), 20 (100%) afirmaram realizar o diagnóstico de enfermagem e 17 (85%) afirmaram trabalhar com planejamento de enfermagem. Este resultado também foi encontrado na pesquisa de (BARBOSA, et al, 2015). Sobre a importância da SAE em hemodiálise, com 3 enfermeiros, onde a maioria dos profissionais apresentavam conhecimento sobre a SAE.

Alguns autores consideram o diagnóstico de enfermagem como uma das etapas mais difíceis e que causa várias discordâncias na sua prática. Segundo a literatura, os enfermeiros encontram grandes dificuldades durante a implementação da mesma (SILVA et al, 2011). Mesmo assim, nessa pesquisa foi possível verificar o compromisso da equipe pesquisada em realizar o diagnóstico de enfermagem.



Artigo

De acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), para se desenvolver a SAE, o enfermeiro deverá realizar as cinco etapas corretamente: histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. Deve ser realizado em toda e qualquer instituição pública ou privada, e registrada no prontuário do usuário (Resolução COFEN-272/2002). Em relação a essa abordagem, os profissionais devem seguir rigorosamente as etapas da SAE, para que se possa afirmar que a mesma foi implantada de fato, quando o contrário, a sistematização ficará incompleta e até mesmo irreal (SANTOS, 2014).

Tabela 2- Caracterização da amostra quanto à: A importância da SAE na instituição. Enfermeiro (Enf.) n =7 e Técnicos de enfermagem (tec.) n=20. Afogados da Ingazeira-PE, 2017.

Variáveis	Enfer. (%)	Téc. (%)
Facilita em uma melhor assistência designada ao paciente.	7 (100%)	20 (100%)
Determina que o profissional cumpra ordens de múltiplos setores.	6 (85,7%)	5 (25%)
Organiza a assistência com maior qualidade no atendimento.	7 (100%)	19 (95%)
Refere-se ao profissional descomprometido com a assistência.	0	1 (5%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Os dados da tabela 2 mostram que, os 7 (100%) enfermeiros e 20 (100%) dos técnicos de enfermagem acreditam que a SAE melhora a assistência designada ao paciente; 6 (85,7%) dos enfermeiros e 5 (25%) dos técnicos afirmam que a SAE determina que o profissional cumpra ordens de múltiplos setores; 7 (100%) dos enfermeiros e 19 (95%) dos técnicos acreditam que a SAE organiza a assistência com maior qualidade no



Artigo

atendimento e apenas um técnico de enfermagem 1 (5%) refere-se ao profissional descomprometido com a assistência.

Os dados colhidos condizem com outra pesquisa realizada por Silva et al. (2011) no Hospital da Restauração em Recife-PE, em que 92% dos profissionais concordavam que o enfermeiro deveria trabalhar com a SAE devido a melhoria na qualidade da assistência e a promoção da autonomia ao profissional.

Assim como é mostrado na literatura, pode-se observar uma valorização por parte dos profissionais de enfermagem quanto a necessidade de sistematizar o cuidado, funcionando como um elemento motivador, preocupando-se não apenas com o cumprimento das atividades na garantia assistencial, como também nas vantagens que a SAE pode oferecer ao paciente e à equipe de enfermagem (SOARES et al, 2015).

Tabela 3- Caracterização da amostra quanto à: Desejo das categorias de enfermagem na carreira profissional. Enfermeiro (Enf.) n =7 e Técnicos de enfermagem (tec.) n=20. Afogados da Ingazeira-PE, 2017.

Variáveis	Enfer. (%)	Téc. (%)
Mudar o código de ética dos profissionais de enfermagem.		
Ser reconhecido por sua capacidade profissional	2 (28,6%)	3 (15%)
Atuar apenas em instituições filantrópicas		1 (5%)
Regularizar um piso salarial de acordo com o previsto em lei	7 (100%)	16 (80%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Mediante o desejo das categorias de enfermagem na carreira profissional expostas na tabela 3, dos 7 enfermeiros, 2 (28%) desejam serem reconhecidos por sua capacidade profissional, 7 (100%) desejam a regularização do piso salarial como previsto em lei. Dos 20 técnicos de enfermagem: 3 (15%) desejam serem reconhecidos por sua capacidade



Artigo

profissional, 1(5%) atuar apenas em instituições filantrópicas, 16 (80%) deseja a regularização do piso salarial como previsto em lei.

Em uma pesquisa realizada por Alvim et al (2016), com profissionais de enfermagem de um hospital privado de Belo Horizonte-MG, notou-se também a insatisfação dos profissionais em relação ao piso salarial, 100% da amostra relataram que a Enfermagem é uma profissão sem retorno financeiro e que desejariam o reajuste no piso salarial, assim não seria necessário terem vários empregos para suprir as necessidades financeiras.

O desejo do reajuste salarial é referenciada pela maioria dos profissionais de enfermagem. Uma remuneração financeira digna motiva o profissional e consequentemente o trabalho oferecido será de qualidade. O trabalhador assume um papel de reconhecimento pelas ações por ele desenvolvidas (AMARAL; RIBEIRO; PAIXÃO, 2015).

A categoria da enfermagem necessita de melhorias trabalhistas assim como de melhorias salariais, no entanto, o que se ver é apenas um amontoado de propostas de alguns políticos que reivindicam essas melhorias, e infelizmente ainda permanece apenas no papel. É visível a insatisfação dos profissionais de enfermagem nesse estudo, mediante os salários e as condições que são insignificantes.

Embora exista na Lei 4924/09, do deputado Mauro Nazif (PSB-RO), que fixa o piso salarial de enfermeiros em R\$ 4.650 e de técnicos de enfermagem em 70% do piso (R\$ 3.255), em vez dos 50% previstos no projeto original, isso não acontece na realidade prática com esse montante, apesar de que indiretamente temos em parte a responsabilidade do não cumprimento da lei no território nacional devido ao quadro político e social existente e a falta de esclarecimentos e exigências dessa classe de profissionais e da sociedade.



Artigo

Quadro 2- Avaliação da assistência de enfermagem com a implantação da SAE no seu local de trabalho. Enfermeiro (Enf.) n =7 e Técnicos de enfermagem (tec.) n=20. Afogados da Ingazeira-PE, 2017.

Assistência de Enfermagem: Avaliação	Enf. (número)	Tec. (número)
Avaliação 1	<i>- Refere-se a uma boa conquista cientificamente, mas, que na prática e realidade profissional diária, serve apenas burocraticamente, pois não existe uma avaliação adequada para o plano de cuidados, ou observa algo que foi elaborado de acordo com a SAE. (1 resposta).</i>	<i>-Classificação de risco; -Organização e qualidade de vida; -Plano assistencial; -Organização do fluxo de pacientes; -Responsabilidade profissional; -Elo entre paciente e profissional; -Compromisso para o bem estar bio-psiquo-social. (20 respostas)</i>
Avaliação 2	<i>- Concordam com uma eventual mudança de acordo com o comprometimento da equipe em referencia a SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem, porém, de forma vagarosa, mas que ajudará na organização dos serviços tanto quanto na qualidade e humanização do atendimento. (6 respostas)</i>	

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.



Artigo

De acordo com o quadro 2, do total de sete enfermeiros na avaliação da assistência de enfermagem um refere-se a uma boa conquista cientificamente, mas, que na prática e na realidade profissional diária, serve apenas burocraticamente, pois não existe uma avaliação adequada para o plano de cuidados. Já seis concordam com uma eventual mudança com a SAE. Dos vinte técnicos de enfermagem todos são unânimes em suas colocações: Classificação de risco; organização e qualidade de vida; plano assistencial; organização do fluxo de pacientes; responsabilidade profissional; elo entre paciente e profissional; compromisso para o bem estar biopsicossocial.

Quando se confronta a teoria *versus* prática da sistematização nota-se uma grande diferença de realidade. A pesquisa de Silva et al (2011) mostra que a maioria dos profissionais afirmam que a prática da SAE não é realizada de forma totalmente correta. O principal motivo é a desmotivação profissional principalmente devido: a sobrecarga de trabalho, condições inadequadas de serviços e problemas relacionados com condições de trabalhos.

A literatura mostra que a sistematização da assistência ainda ocorre de forma bem fracionada e que é necessário a reorganização desse método, principalmente investindo na educação permanente dos profissionais de enfermagem, para melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários (SANTOS, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é um método utilizado pelos profissionais de enfermagem que permite diagnosticar as necessidades da clientela, fazer a prescrição de cuidados adequadamente e atende-los individualmente.

Dessa forma nota-se que os enfermeiros colaboradores conhecem e acreditam na importância da SAE para a melhoria do cuidado. Apesar dos técnicos de enfermagem não realizarem as cinco etapas de forma integral. Os profissionais desejam mudanças quanto a valorização profissional e o reajuste no piso salarial, como é previsto por lei. Além disso, foi possível notar a insatisfação dos profissionais perante as condições de trabalho o que interfere diretamente na qualidade de cuidados prestados. Pode-se verificar a dificuldade em encontrar na literatura publicações voltadas para esse tema.

Logo, essa pesquisa poderá subsidiar novos estudos acerca dessa temática pouco comentada e discutida, já que a sistematização da assistência é uma disciplina e a base para formação dos estudantes de graduação de enfermagem. Uma base teórica,



Artigo

atualização e compromisso dos graduandos (futuros enfermeiros) e dos profissionais que estão do mercado de trabalho há muitos anos é imprescindível para uma assistência de qualidade. As instituições de saúde deveriam investir na formação continuada dos profissionais mostrando a importância de empregar todas as etapas da sistematização.

REFERÊNCIAS

ALCAL, D.; ROSSI, L.A.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paul Enferm.** v.22, n.4, p.434-8. 2009. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/3553>>. Acesso em 04 de julho de 2016.

ALVIM et al. Percepção da enfermagem em relação ao conselho regional de sua categoria. **Rev. De enfermagem UFPE.** Recife, v. 10, n. 1, p. 316-324, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10956/12274>>. Acesso em: 03 de maio de 2017.

AMARAL, J. F; RIBEIRO, J. P; PAIXÃO, D. X. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de enfermagem em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa. **Rev. Espaço para a saúde.**, v. 16, n. 1, p. 66-74, 2015. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/19158/pdf_64>. Acesso em: 03 de maio de 2017.

BARBOSA, et al. A importância da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) em uma unidade de hemodiálise. **Revista de Administração do Sul do Pará (REASP) – FESAR**, v. 2, n. 3, p.62, 2015. Disponível em: <<http://www.reasp.fesar.com.br/index.php/REASP/article/view/57>>. Acesso em: 02 de maio de 2017.

BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. **Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012.** Trata de pesquisas e testes em seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.
CHAVES, D, L. SAE **Sistematização da Assistência de enfermagem**, São Paulo: Martinari, 2009, p. 146.



Artigo

CORRÊA et al. Perfil sociodemográfico e profissional do enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, Cuiabá

COFEN, Resolução 272/2002. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde Brasileiras**, 2002. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2722002-revogada-pela-resolucao-cofen-n-3582009_4309.html> Acesso em: 20 de abril de 2017.

CHRISTOMVAM, B.P.; PORTO, I.S.; OLIVEIRA, D.C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev Esc Enferm USP**. v.46, n.3, p.734-41, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/41004/44544>>. Acesso em 18 de junho de 2016.

CHERNICHARO, I.M.; SILVA, F.D.; FERREIRA, M.A. Humanização no cuidado de enfermagem nas concepções de profissionais de enfermagem. **Esc Anna Nery** v.15, n.4, p.686-693, out./dez., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a05v15n4>>. Acesso em 04 de julho de 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. - 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica, utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MENDES, K. D.S. et al. Transplante de órgãos e tecidos: responsabilidades do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, v.21, n.4, p. 945-53, out./dez., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0104-0707&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 de julho de 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. - 9.ed., São Paulo: Hucitec, 2006.

MORAIS G.S.N. et al. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paul Enferm**. v.22, n.3,



Artigo

p.323-7, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3>>. Acesso em 26 de junho de 2016.

PENEDO, R. M; SPIRI, W. C. Significado da Sistematização da Assistência de Enfermagem para enfermeiros gerentes. **Rev. Acta Paul Enfermagem**, v. 27, n. 1, p. 86-92, 2014. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v27/n1/v27n1a86.pdf>>. Acesso em: 21 de abril de 2017.

PEREIRA, C.P.; STUCHI, A.G.; ARREGUY-SENA, C. Proposta de sistematização da assistência de enfermagem pelas taxonomias NANDA/NIC/NOC para o diagnóstico de conhecimento deficiente. **Cogitare Enferm.** v.15, n.1, p.74-81, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://files.nfzaarour.webnode.com/200000043-b90b1ba050/NANDA,NIC,NOC.pdf>>. Acesso em 04 de julho de 2016.

PIMPÃO, F.D. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v.18, n.3, p.405-10, jul./set. 2010. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/handle/1/1570>>. Acesso em 15 de junho de 2016.

PINTO et al. Nursing care practices at an outpatient care center from an integrative perspective. **Rev. Latino Ame. Enfermagem**, v. 20, n. 5, p. 909-916, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/13.pdf>> Acesso em: 20 de abril de 2017.

SANTANA, et al. Percepção dos enfermeiros acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção básica de Belo Horizonte. **Rev. Enfermagem Revista**. v. 16. n. 1. .Jan./Abr. 2013. Disponível em:< <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/12936>>. Acesso em: 16 de maio de 2017.

SANTOS, W. N. Sistematização da assistência de enfermagem: o contexto histórico, o processo e obstáculos da implantação. **Rev. J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 2, p. 153-158, 2014. Disponível em: <https://grupos.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/177493/mod_resource/content/1/SAE_o%20contexto%20hist%C3%B3rico%20e%20obst%C3%A1culos%20na%20implanta%C3%A7%C3%A3o.pdf> Acesso em: 25 de abril de 2017.



Artigo

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M.G.O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v.14,n1, p.182-88, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a27>>. Acesso em 26 de junho de 2016

SILVA et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1380-1386, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40848/44261>> Acesso em: 24 de abril de 2017.

SILVA, P. J; GARANHANI, L. M; GUARIENTE, M. D. H. M. Sistematização da assistência de enfermagem e o pensamento complexo na formação do enfermeiro: análise documental. **Rev Gaúcha Enferm.** v.35, n. 2, p. 128-34. 2014 jun. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/44538>>. Acesso em: 16 de maio de 2017.

SOARES et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Rev. Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100047> Acesso em: 6 de abril de 2017.

SOUZA, A. M. N; TEIXEIRA, E. R. Perfil sociodemográfico da equipe de enfermagem do ambulatório de um hospital universitário. **Rev. De Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 3, p. 7547-7555, 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/M%C3%B4nica/Downloads/7323-70766-1-PB.pdf>> Acesso em: 20 de abril de 2017.



Artigo

AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR DO IDOSO COM DOENÇA DE ALZHEIMER

EVALUATION OF OVERLOAD OF THE CAREGIVER OF THE ELDERLY WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Ozinete Rodrigues Maranhão¹
Elainy Maria Dias de Medeiros França²
Rosa Martha Ventura Nunes³
Érica Surama Ribeiro César Alves⁴

RESUMO: A população está envelhecendo. Com isso, há o aumento de doenças crônicas, dentre elas o Alzheimer, uma demência neurodegenerativa caracterizada pela perda progressiva de autonomia. O idoso com Alzheimer necessita de cuidador dedicado, pois a doença evolui de forma gradativa debilitando o idoso, o que exige muito dos cuidadores sobrecarregando-os. O objetivo geral deste trabalho foi verificar o nível de sobrecarga enfrentada pelo cuidador na vivência com o portador da doença de Alzheimer. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados por meio da aplicação de questionário sociodemográfico e clínico por meio da escala do Inventário de Sobrecarga de Zarit. Os dados foram compilados e analisados no programa LibreOffice Calc 5.2. A pesquisa foi realizada na cidade de Livramento com 30 cuidadores. O nível de sobrecarga dos cuidadores foi aferido pela escala de Zarit, possuindo 22 questões que medem variáveis relacionadas a sobrecarga. Os resultados

¹ Bacharel em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos-FIP. E-mail: hanna_legal16@hotmail.com.

² Mestre em Saúde Coletiva pela Unisantos-SP. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos-FIP. E-mail: elain@bol.com.br.

³ Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul-SP. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos-FIP. E-mail: rosamarthaventura@hotmail.com.

⁴ Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Cruzeiro do Sul-SP. Docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos-FIP. E-mail: ericasurama@bol.com.br.



Artigo

mostraram que a maioria dos cuidadores, 76,67%, apresentou uma sobrecarga moderada. O estudo contribuiu de forma importante para cuidadores, familiares e profissionais da saúde, pois trouxe subsídios para melhorar o cuidado oferecido ao idoso com Alzheimer.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer; Cuidador de Idosos; Sobrecarga.

ABSTRACT: The population is aging. With this, there is an increase in chronic diseases, among them Alzheimer's, a neurodegenerative dementia characterized by the progressive loss of autonomy. The elderly with Alzheimer's need a dedicated caregiver, since the disease progressively weakens the elderly, which demands a lot of caregivers by overloading them. The general objective of this study was to verify the level of overload faced by the caregiver in the experience with the Alzheimer's disease patient. This is a descriptive study with a quantitative approach. Data were collected through a sociodemographic and clinical questionnaire using the Zarit Overload Inventory scale. The data were compiled and analyzed in the program LibreOffice Calc 5.2. The research was carried out in the city of Livramento with 30 caregivers. The level of caregiver overload was measured by the Zarit scale, with 22 questions that measure variables related to overload. The results showed that the majority of caregivers, 76.67%, presented moderate overload. The study contributed significantly to caregivers, family members and health professionals, as it provided subsidies to improve the care offered to the elderly with Alzheimer's.

Keywords: Alzheimer's Disease; Elderly Caregiver; Overload.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o censo populacional de 2010 contabilizou mais de 20 milhões de idosos, esse número representa um aumento de 41,65% nos números obtidos no censo realizado 10 anos antes, em 2000 (IBGE, 2011). Esses dados demonstram o fenômeno observado em todo mundo, o acelerado envelhecimento populacional. Esse fenômeno trouxe consigo a preocupação quanto ao aumento da incidência de doenças crônicas em idosos, dentre elas, as demências, que causam incapacidade e afetam a funcionalidade, dificultando ou impossibilitando o desempenho da vida diária (OLIVEIRA et al., 2012).



Artigo

As demências caracterizam-se pela perda ou diminuição acelerada e não natural das funções mentais, comprometendo de maneira sistemática e progressiva a capacidade de controle da personalidade e aspectos operacionais e organizacionais do sujeito. (LUCAS; FREITAS e MONTEIRO, 2016). Demência é um termo genérico que engloba várias doenças: Alzheimer, demências vasculares, demência com corpos de Lewy. Estas doenças, apesar de terem origens distintas, possuem evolução parecida e podem ser confundidas com sinais normais da velhice. Diversos fatores podem configurar um risco para o desenvolvimento de algum tipo de demência, entretanto estudos indicam que o maior responsável pelo aparecimento é a idade avançada (SANTOS, 2016).

De acordo com o Instituto Alzheimer Brasil (2017) é desconhecida a incidência da doença de Alzheimer no Brasil, entretanto, estima-se que existam 1,2 milhão de pessoas com a doença e cerca de 100 mil novos casos por ano. Estes dados podem ser muito maiores no país, pois acredita-se que a doença de Alzheimer é subdiagnosticada.

Segundo Seima e Lenardt (2011) a Doença de Alzheimer (DA) é uma patologia que causa incapacidade física, parcial ou total do portador, o que aumenta a demanda por cuidados, que na maioria das vezes, são desempenhados por um membro da família. São os cuidadores familiares que assumem o compromisso de dar suporte, por longos períodos, às necessidades do indivíduo com algum grau de dependência, prestando os cuidados básicos, frequentemente, até a morte do idoso (OLIVEIRA; D'ELBOUX, 2012). A família do doente encontra-se em situação muito difícil devido aos cuidados demandados, que afetam profundamente seus sistemas emocionais, privando e modificando o estilo de vida dos envolvidos (OLIVEIRA; CALDANA, 2012). A família necessita de apoio e atenção especial, não só para cuidar de forma adequada de seus familiares como também do seu próprio bem-estar (CASSALES; SCHROEDER, 2012).

O idoso com Alzheimer requer muita paciência do seu cuidador, que muitas vezes não estar preparado para o enfrentamento das demandas geradas pela doença, o que implica na necessidade de profissionais de saúde comprometidos com o cuidado não apenas do idoso, mas do seu cuidador a fim de atender as necessidades de ambas as partes envolvidas, oferecendo as informações necessárias sobre a doença e a maneira de lidar com o estresse vivenciado durante todo esse processo. Mediante o exposto, questiona-se: será que cuidar de um idoso com Alzheimer gera sobrecarga ao seu cuidador familiar?

Para responder esse questionamento os seguintes objetivos foram traçados: verificar o nível de sobrecarga enfrentada pelo cuidador na vivência com o portador da doença de Alzheimer; construir um perfil dos cuidadores de idosos portadores de Alzheimer; e, entender a atuação dos profissionais de saúde junto aos cuidadores a respeito do cuidado do idoso portador de Alzheimer.



Artigo

DOENÇA DE ALZHEIMER

A velhice pode ser classificada como senescência e senilidade. Senescência é um fenômeno fisiológico identificado pela idade cronológica, no qual o declínio físico e mental é lento e compensado pelo organismo. Senilidade é o declínio físico associado à desorganização mental, podendo ocorrer prematuramente e não só com a idade avançada, neste há uma perda significativa do funcionamento físico e cognitivo, um exemplo de senilidade é a Doença de Alzheimer (PAULA, 2012).

Alzheimer é uma doença neurodegenerativa, normalmente tem causa esporádica, ocorrendo após os 65 anos, podendo ser também de causa familiar, por volta dos 30 ou 40 anos. A doença é caracterizada pela atrofia neural, perda de conexões sinápticas e acúmulo de placas neuríticas. Sendo que os emaranhados neurofibrilares compreendem mais da metade dos casos dessa síndrome (ALEGRIA, 2012).

Quando as alterações causadas pelo Alzheimer ocorrem de forma mais acentuada, alterando a rotina do idoso, tem-se a constatação de um processo demencial, que exige a avaliação minuciosa, feita por profissional de saúde. Essa avaliação define o tratamento mais adequado no momento considerando que quanto mais precoce se identifica a doença e se intervém, maior é a chance de postergar os sintomas mais graves, preservando, por um período maior, a independência do idoso (CRUZ, 2011).

Pessoas com Alzheimer apresentam vários sintomas: perda de memória progressiva, alterações do comportamento, perda das habilidades visuais-espaciais, perda da fala e da capacidade motora, depressão, delírios e alucinações, comportamento agressivo, aumento da dependência, disfunções neuronais e demência. O Alzheimer ainda tem efeitos secundários: inflamação crônica, estresse oxidativo e gliose (BIAZOTTO, 2014). Poltroniere, Cecchetto e Souza (2011) ao relatar as complicações da doença do Alzheimer destacam que em estado avançado o paciente tem dificuldade de controlar as eliminações fisiológicas.

Paula (2012) explica que com o avanço da doença os idosos tornam-se cada vez mais dependentes de cuidadores, precisando de ajuda para se locomover, comunicar-se, alimentar-se, vestir-se e para a higiene. Três fases distintas são observadas na evolução do Alzheimer:

Fase Inicial: caracterizada por leves perdas de memória recente, da capacidade funcional e do planejamento para execução de tarefas da rotina. Dura em torno de três anos. Sintomas: distração; dificuldade de lembrar nomes e palavras; esquecimento crescente; dificuldade para aprender novas informações; desorientação em ambientes



Artigo

familiares; lapsos pequenos, mas não característicos de julgamento e comportamento; redução das atividades sociais (PAULA, 2012).

Fase Intermediária: dura entre sete e dez anos. Sintomas: perda marcante da memória e da atividade cognitiva; deterioração das habilidades verbais; diminuição do conteúdo e da variação da fala; várias alterações de comportamento; alucinações e delírios; incapacidade para convívio social autônomo. Além desses sintomas, o portador de Alzheimer passa a se perder com facilidade, tem tendência a fuga ou a caminhar sem rumo pela casa, e começa a manifestar o início do processo de incontinência urinária e fecal (PAULA, 2012).

Fase avançada: dura em torno de sete anos. Sintomas: a fala torna-se monossilábica e mais tarde desaparece; continuam os delírios; tem transtornos emocionais e de comportamento; perda do controle da bexiga e do intestino; piora da marcha, o doente tende a ficar mais assentado ou no leito; enrijecimento das articulações; dificuldade para engolir alimentos, evoluindo o quadro para o uso de sonda enteral ou gastrostomia; vindo finalmente a morte (PAULA, 2012).

O PAPEL DO CUIDADOR

Segundo Araújo, Oliveira e Pereira (2012) o cuidador é o indivíduo que oferece cuidados a fim de suprir a incapacidade funcional, temporária ou definitiva do idoso. Cabe ao cuidador auxiliar o idoso nos seus impedimentos físicos ou mentais, levá-lo a participar de exercícios voltados ao bem-estar ou melhora subjetiva e quanto às relações no campo social.

De acordo com Leme (2015) existem dois tipos de cuidadores, o formal e o informal. O formal fornece cuidados de saúde e serviços sociais, usando habilidades e competências adquiridas em treinamentos específicos, eles são remunerados financeiramente pelo seu trabalho, porém, podem não receber quando estão na condição de voluntários de organizações, grupos ou particulares. O informal, conhecido como leigo ou familiar, fornece cuidado e assistência sem remuneração, o vínculo de serviço é baseado em um contexto de relacionamento preexistente.

Leme (2015) destaca que o convívio prolongado no ato do cuidado pode ter efeitos negativos na saúde física e emocional do cuidador. Cuidadores de pessoas debilitadas ou enfermas lidam com uma situação estressante muito em decorrência da deterioração gradual do doente, que segue, geralmente, para tratamento institucional ou a morte. Estudos mostram que cuidadores sofrem de sobrecarga, altos índices de depressão,



Artigo

sintomas de estresse, uso de psicotrópicos, queda de imunidade, aumento da susceptibilidade a enfermidades. Estes efeitos negativos podem continuar em alguns cuidadores mesmo após a internação ou a morte do paciente (GAIOLI; FUREGATO; SANTOS, 2012).

É importante englobar a família nas estratégias de cuidado, dividir as responsabilidades, evitando sobrecarga física e emocional. O estudo sistemático das pessoas envolvidas com o Alzheimer, não apenas o idoso, é determinante para que estratégias de cuidado possam melhorar o convívio com a patologia (ILHA et al., 2014). É sabido que a família é indispensável para a sociabilidade, para a construção de laços afetivos e de cuidado do paciente com Alzheimer, entretanto, cabe ao poder público destinar recursos para a proteção integral do idoso, garantindo que não ocorram faltas. Busca-se o poder público quando surge a necessidade de preencher lacunas, como: oferecer espaços de convivência; atendimento especializado no SUS; e, internação para aqueles que não possuem família para prestar auxílio (ENGEL, 2013).

A família do paciente com Alzheimer, por não ser capacitada, cuida do idoso com limitações. É importante o papel da equipe de saúde da família, pois essa, cuida com base no conhecimento do processo de envelhecimento e no retorno da capacidade funcional. As ações da equipe de saúde são voltadas para a reabilitação que visa o autocuidado, portanto, é fundamental a ação conjunta dos profissionais de saúde e dos familiares do paciente no apoio e decisões dos tratamentos de cuidado de saúde oferecidos (ARÊDES, 2012).

METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como descritivo, utilizou como estratégia metodológica o levantamento para coleta dos dados e, portanto, adotou uma abordagem quantitativa. Segundo Gil (2002) pesquisas descritivas objetivam descrever as características de uma determinada população, no caso desse trabalho foram descritos aspectos de cuidadores de idosos com Alzheimer. Por ser um levantamento, essa pesquisa buscou interrogar de forma direta indivíduos cujo comportamento se desejou conhecer através de questionário. Creswell (2007) esclarece que quanto aos métodos específicos de coleta e análise de dados esse estudo se classifica como quantitativo por ser um estudo predeterminado que usa dados numéricos.

A população deste estudo foi formada por cuidadores de idosos com Alzheimer residentes no município de Livramento, Paraíba. Foram consultados 30 cuidadores,



Artigo

selecionados por conveniência, desde que atendessem aos seguintes critérios: ter mais de 18 anos, ser cuidador de idoso com Alzheimer, e aceitar participar da pesquisa assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foi utilizado como instrumento de coleta um questionário dividido em duas partes, adaptado de Braz (2008). A primeira parte formada por 9 perguntas para caracterizar sociodemograficamente a amostra. A segunda, composta por uma lista de 22 perguntas, avaliadas numa escala Likert, como segue: 0-Nunca; 1-Raramente; 2-Algumas vezes; 3-Frequentemente; e 4-Sempre. Essas 22 questões avaliam aspectos relacionados a existência de sobrecarga por meio da escala de Zarit. A avaliação da sobrecarga é obtida somando-se os resultados de todos os 22 itens, para cada cuidador individualmente, podendo esta soma variar de 0 a 88 pontos, sendo que quanto maior a pontuação maior a sobrecarga, como pode ser observado no Quadro 1.

Quadro 1. Níveis de sobrecarga do cuidador

Pontuação	Sobrecarga
< 21	Ausência ou pouca sobrecarga
21-40	Sobrecarga moderada
41-60	Sobrecarga moderada a severa
61-88	Sobrecarga severa

Fonte: Zarit e Zarit (1987) apud Guerra (2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este trabalho teve o intuito, inicialmente, de apresentar um breve perfil dos respondentes, questionando os mesmos, sobre aspectos como idade, sexo, escolaridade entre outros. A idade média dos entrevistados foi de 47,9 anos, com idade máxima 81 anos e mínima 22. Os cuidadores em sua imensa maioria são do sexo feminino, 93,33% da amostra. A Escolaridade apresentou os seguintes percentuais: Sem Escolaridade 6,67%; Ensino Fundamental Incompleto 56,67%; Ensino Fundamental Completo 6,67%; Ensino Médio Incompleto 6,67%; Ensino Médio Completo 6,67%; Ensino Superior Incompleto 3,33%; e, Ensino Superior Completo 13,33%.

Em Gaioli, Furegato e Santos (2012) foram encontrados dados semelhantes para sexo, mulheres com 83,1%, e escolaridade, a maioria com ensino fundamental incompleto, a variável idade, entretanto, apresentou certa divergência, pois nesse estudo 80,2% apresentou idade superior a 46 anos. Simonetti e Ferreira (2008) comentam que as



Artigo

mulheres são, geralmente, responsáveis pelos trabalhos domésticos, tendo ou não outra atividade fora do ambiente familiar, apesar do movimento crescente pela emancipação feminina e da participação cada vez maior no mercado de trabalho. Para os autores, dificilmente o homem assume os cuidados diretos dos idosos, eles contribuem secundariamente como, por exemplo, no transporte, na promoção de atividades sociais e em questões legais.

O Parentesco apontou a alternativa Outro Parentesco com o maior número de casos, 66,67% do total, isso porque essa alternativa englobou cônjuge, o que pela observação no momento da pesquisa verificou-se ser o caso mais comum. As outras alternativas para esta questão foram: Sem Parentesco 10%; Filho 20%; Irmão 3,33%. A pesquisa realizada por Simonetti e Ferreira (2008) encontrou dados semelhantes, a maioria dos participantes também era parentes dos idosos, os autores explicaram que isso é devido a uma estreita ligação entre o cuidador e o idoso e ao quanto a atividade de cuidar é desempenhada por um ente da família.

Também foram investigados o tempo que o entrevistado desempenha a atividade de cuidador e se esse já tinha sido cuidador de outro idoso antes. Para o primeiro caso, os cuidadores em média cuidam de idosos dependentes a 47,9 meses. Na segunda questão, 56,67% não tiveram experiência prévia com essa atividade e 43,33% já haviam sido cuidadores antes.

Com os dados apresentados é possível afirmar que o perfil dos cuidadores dessa pesquisa é formado majoritariamente por mulheres, na faixa etária de 30 a 60 anos, com poucos anos de estudo, são cônjuge dos idosos, exercem a atividade de cuidado a pouco tempo e sem tanta experiência. Na Tabela 1 encontram-se resumidos os dados referentes ao perfil sociodemográfico dos cuidadores.



Artigo

Tabela 1. Distribuição dos cuidadores segundo sexo, faixa etária, parentesco, escolaridade, tempo como cuidador e experiência anterior como cuidador, Livramento/PB, Brasil, 2017

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	2	6,67%
Feminino	28	93,33%
Faixa etária (anos)		
21-40	13	43,33%
41-60	10	33,33%
61-80	6	20%
81-100	1	3,33%
Parentesco		
Sem parentesco	3	10%
Filho	6	20%
Irmão	1	3,33%
Outro	20	66,67%
Escolaridade		
Sem escolaridade	2	6,67%
Ensino fundamental incompleto	17	56,67%
Ensino fundamental completo	2	6,67%
Ensino médio incompleto	2	6,67%
Ensino médio completo	2	6,67%
Ensino superior incompleto	1	3,33%
Ensino superior completo	4	13,33%
Tempo como cuidador (anos)		
1-2	20	66,67%
3-4	4	13,33%
5-6	1	3,33%
7<	5	16,67%
Experiência anterior como cuidador		
Nunca foi cuidador	17	56,67%
Já foi cuidador	13	43,33%

Fonte: Elaborado pelos autores (2017)



Artigo

Para responder ao outro objetivo, foram feitas 2 perguntas sobre o relacionamento entre os cuidadores e os profissionais de saúde. Uma pergunta para verificar se os cuidadores tiveram orientação dos profissionais de saúde e outra se tiveram apoio desses profissionais. Na primeira pergunta 66,67% não tiveram nenhuma orientação, entretanto, na segunda questão, 66,67% tiveram apoio dos profissionais de saúde. Com esses dados pode-se afirmar que os serviços de saúde entregam os cuidados básicos aos idosos com Alzheimer desafiando os cuidadores nesse sentido, mas fica evidente que há uma falha quanto a orientação e esclarecimento a respeito do Alzheimer e do cuidado de idosos, o que deve contribuir para o aumento da sobrecarga pelo desconhecimento de como os cuidadores devem atuar adequadamente.

A política nacional do idoso possui como objetivo básico a manutenção do idoso com sua família. Entretanto, para que o idoso dependente possa permanecer junto a sua família é necessária uma rede de saúde que possibilite essa prática, porque suas necessidades podem ir das materiais, às emocionais e técnicas. Sem o atendimento dessas necessidades, a prática do cuidador domiciliar torna-se uma atividade ainda mais desgastante em especial nos estratos mais carentes da população nos quais os programas de atendimento não chegam, por vezes, ao mínimo necessário (BRAZ, 2008).

A segunda parte do instrumento de coleta visou avaliar o nível de sobrecarga dos cuidadores em um total de 22 questões, os entrevistados apontaram numa escala de 0 (nunca) a 4 (sempre) suas opiniões a respeito de vários aspectos decorrentes da atividade de cuidado. Os valores obtidos nas questões, quando somados, compõe uma pontuação que é utilizada para classificar a sobrecarga do cuidador na escala de Zarit. Na Tabela 2 encontra-se os descritores mensurados em cada questão assim como suas frequências e percentuais.

Tabela 2 – Distribuição dos descritores da escala de Zarit

Descritores	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Frequentemente		Sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Solicita mais ajuda do que necessita	0	0,00	4	13,33	3	10,00	0	0,00	23	76,67
Não tem tempo para si	2	6,67	6	20,00	8	26,67	7	23,33	7	23,33
Estresse	7	23,33	5	16,67	11	36,67	2	6,67	5	16,67



Temas em Saúde

Volume 18, Número 1

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

Vergonha do comportamento	24	80,00	2	6,67	3	10,00	1	3,33	0	0,00
Irritação devido à proximidade	23	76,67	2	6,67	2	6,67	3	10,00	0	0,00
Comprometimento das relações	22	73,33	3	10,00	4	13,33	0	0,00	1	3,33
Receio pelo futuro do idoso	2	6,67	8	26,67	8	26,67	5	16,67	7	23,33
Dependência	1	3,33	3	10,00	2	6,67	2	6,67	22	73,33
Tensão	18	60,00	7	23,33	3	10,00	0	0,00	2	6,67
Saúde afeta pelo envolvimento	20	66,67	3	10,00	5	16,67	2	6,67	0	0,00
Falta de privacidade	17	56,67	5	16,67	5	16,67	1	3,33	2	6,67
Prejuízo da vida social	21	70,00	3	10,00	4	13,33	2	6,67	0	0,00
Não se sente à vontade em receber visitas	26	86,67	0	0,00	2	6,67	1	3,33	1	3,33
O idoso espera que cuide	5	16,67	7	23,33	4	13,33	1	3,33	13	43,33
Sobrecarga financeira	13	43,33	8	26,67	5	16,67	1	3,33	3	10,00
Sente-se incapaz de cuidar por mais tempo	19	63,33	1	3,33	4	13,33	1	3,33	5	16,67
Perda de controle sobre a própria vida	23	76,67	1	3,33	5	16,67	1	3,33	0	0,00
Outra pessoa para cuidar	20	66,67	4	13,33	2	6,67	0	0,00	4	13,33
Dúvidas sobre o que fazer	19	63,33	3	10,00	5	16,67	1	3,33	2	6,67
Fazer mais	15	50,00	6	20,00	4	13,33	2	6,67	3	10,00



AVALIAÇÃO DA SOBRECARGA DO CUIDADOR DO IDOSO COM DOENÇA DE ALZHEIMER

Páginas 397 a 413

Artigo

Cuidar melhor	14	46,67	9	30,00	2	6,67	3	10,00	2	6,67
Sentir-se sobrecarregado	11	36,67	6	20,00	6	20,00	0	0,00	7	23,33

Fonte: Elaborado pelos autores (2017)

Observando os dados obtidos nos 22 itens pode-se destacar que apenas os descritores: solicita mais ajuda do que necessita; não tem tempo para si; receio pelo futuro do idoso; dependência; e, o idoso espera que cuide; contribuem mais significativamente para uma sobrecarga maior. Enquanto que a maioria dos fatores não contribuiu ou contribuiu pouco para a sobrecarga dos cuidadores, sejam: vergonha do comportamento; irritação devido à proximidade; comprometimento das relações; tensão; saúde afetada pelo envolvimento; falta de privacidade; prejuízo da vida social; não se sente à vontade para receber visitas; perda de controle sobre a própria vida; outra pessoa para cuidar; e, dúvida sobre o que fazer.

Com o tratamento dos dados de maneira agregada e a percepção dos descritores e seus respectivos graus de contribuição para a sobrecarga, pode-se passar para a análise individualizada do fenômeno através da escala de Zarit. Dos 30 cuidadores que participaram da pesquisa 4 apresentaram ausência ou pouca sobrecarga marcando menos de 21 pontos; 23 cuidadores marcaram de 21 a 40 pontos sendo classificados em sobrecarga moderada; 3 somaram entre 41 e 60 pontos o que os coloca como cuidadores com sobrecarga moderada a severa; e, na sobrecarga severa, não houve nenhuma ocorrência. Na Tabela 3 encontra-se a escala de Zarit sumarizada.

Tabela 3. Níveis de sobrecarga da escala de Zarit

Sobrecarga	Pontos	N	%	% Acum.
Ausência ou pouca sobrecarga	< 21	4	13,33	13,33
Sobrecarga moderada	21-40	23	76,67	90,00
Sobrecarga moderada a severa	41-60	3	10,00	100,00
Sobrecarga severa	61-88	0	0,00	100,00

Fonte: Elaborado pelos autores (2017)



Artigo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento do número de idosos e da expectativa de vida destes são fenômenos observados em todo o mundo. Sabe-se que com o envelhecimento aumenta-se a probabilidade de se desenvolver doenças crônicas como as demências. A demência mais comum entre idosos é o Alzheimer, doença que progressivamente mina as capacidades de seus portadores dificultando consideravelmente o desempenho das atividades do dia a dia, exigindo que outras pessoas se responsabilizem pelo cuidado desses doentes. A atividade de cuidar de idosos com Alzheimer é reconhecidamente desgastante para o cuidador. Muitos estudos têm se dedicado a demonstrar e mensurar a sobrecarga existente nessa atividade, explicando que os cuidadores sofrem emocionalmente, psicologicamente e fisicamente.

Com base nesse contexto, esse estudo teve o intuito de verificar o nível de sobrecarga enfrentada pelo cuidador na vivência com o portador da doença de Alzheimer. Também foram definidos com objetivos específicos: construir um perfil dos cuidadores de idosos portadores de Alzheimer; e, entender a atuação dos profissionais de saúde junto aos cuidadores a respeito do cuidado do idoso portador de Alzheimer. Realizou-se um levantamento junto a cuidadores de idosos com Alzheimer no município paraibano de Livramento, utilizando um instrumento de coleta amplamente utilizado e validado, a escala de Zarit, que, por meio de um grupo de 22 perguntas, avalia a sobrecarga de cuidadores familiares de idosos dependentes.

Nos resultados observou-se, quanto ao perfil dos cuidadores, que a maioria é do sexo feminino, com idade média de 48 anos, com poucos anos de escolaridade, o parentesco mais observado em campo foi cônjuge, o tempo médio como cuidador foi relativamente baixo, e a maioria nunca tinha cuidado de idosos antes. Os resultados também demonstraram que os cuidadores estão sendo bem apoiados pelos profissionais de saúde quanto ao tratamento da saúde do idoso, porém eles não recebem orientações adequadas sobre o cuidado de idosos com Alzheimer. Por fim, a sobrecarga dos cuidadores foi classificada de acordo com a escala de Zarit que demonstrou uma sobrecarga moderada para a grande maioria dos cuidadores.

Levando-se em consideração esses aspectos, a sobrecarga observada nos cuidadores, apesar de moderada, ainda é representativa para a vivência do Alzheimer no seio familiar, e, com certeza, poderia ser diminuída se, por exemplo, os profissionais de saúde tivessem uma atuação mais presente nesse contexto. Aspectos que apresentaram altas marcações de sobrecarga, como: o idoso solicitar mais ajuda do que necessita, a falta de tempo do cuidador para realizar suas tarefas particulares, o receio pelo futuro do idoso,



Artigo

a dependência do idoso, e o fato do idoso sempre esperar pelo cuidado, são indicadores suficientes para concluir a relevância desses problemas e as dificuldades que causam para a vida dos cuidadores de idosos com Alzheimer.

Acredita-se que esse trabalho contribuiu para os estudos da Enfermagem, principalmente, para àqueles relacionados ao cuidado de idosos, por trazer um campo empírico pouco abordado, uma cidade pequena do interior, cujos respondentes, em boa parte, residem na zona rural. Além do que, os resultados desse trabalho podem ser utilizados para propor melhorias para a vida do cuidador, pois apontam quais dimensões da sobrecarga são mais impactantes, o que pode ser útil para a promoção de ações por parte dos atores sociais competentes.

Por fim, como limitações, aponta-se, a não coleta de informações sobre os idosos com Alzheimer, bem como, a ausência de dados sobre a saúde geral dos cuidadores, que seriam importantes para construir um entendimento mais profundo sobre a sobrecarga, outro ponto não contemplado por este trabalho foi a busca pelas causas da sobrecarga que poderia ser feita ampliando o número de variáveis do estudo, para compor um cenário mais rico, e pela utilização de recursos estatísticos como correlação e regressão para entender o relacionamento entre variáveis.

REFERÊNCIAS

ALEGRIA, R. P. **Análise de itens lexicais do discurso oral do paciente com doença de Alzheimer**. 2012. 108 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2012.

ARAÚJO, C. L. O.; OLIVEIRA, J. F.; PEREIRA, J. M. Perfil de cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo (SP), Brasil, 15(2), p. 119-137, mar. 2012.

ARÊDES, V. T. O. **Assistência da Equipe Saúde da Família ao paciente com doença de Alzheimer e seus cuidadores**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Governador Valadares, 2012. 34f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

BIAZOTTO, F. O. **Atividade antioxidante, anticolinesterásica e perfil metabólico de diferentes tipos de pimentas: implicações na doença de Alzheimer**.



Artigo

2014. 82 f. Dissertação (Mestrado em ciências) – Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Piracicaba, 2014.

BRAZ, E. **Entre o visível e o invisível: as representações sociais no cotidiano do senescente cuidador de idosos dependentes**. 2008. 158 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

CASSALES, L.; SCHROEDER, F. Cuidadores de idosos com Alzheimer em suas configurações: familiares e profissionais. **SEPE - Simpósio de Ensino Pesquisa e Extensão**, 2012. Disponível em: <
<http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/5691.pdf> >. Acesso em: 04 nov. 2016.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução de Luciana de Oliveira da Rocha. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRUZ, T. J. P. **Avaliação da estimulação cognitiva para o idoso com demência de Alzheimer realizada pelo cuidador no domicílio: uma tecnologia de cuidado em enfermagem**. 2011. 148 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Cuidado em Saúde) - Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2011.

ENGEL, C. L. **Doença de Alzheimer e cuidado familiar**. 2013. 224 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

GAIOLI, C. C. L. O.; FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F. Perfil de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer associado à resiliência. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 21(1), p.150-7, Jan.-Mar. 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUERRA, H. S. **Qualidade de vida e sobrecarga de trabalho de cuidadores do serviço de atenção domiciliar de Goiânia, Goiás**. 2013. 85 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2013.

IBGE. **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro, 2011.



Artigo

ILHA, S. et al. Refletindo acerca da doença de Alzheimer no contexto familiar do idoso: implicações para a enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, p. 1057-1065, jan./abr., 2014.

INSTITUTO ALZHEIMER BRASIL. **Entendendo a doença de Alzheimer (DA) através de estudos realizados com populações (Epidemiologia)**. Disponível em: <<http://www.institutoalzheimerbrasil.org.br/>>. Data de acesso: 01/03/2017.

LEME, E. O. **Cuidador formal e informal**. 2015. Disponível em: <<http://portalhomecare.com.br/>>. Data de acesso: 01/03/2017.

LUCAS, C. O.; FREITAS, C.; MONTEIRO, M. I. **A doença de Alzheimer: características, sintomas e intervenções**. 2016. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/>>. Data de acesso: 04/03/2017.

OLIVEIRA, A. P. P.; CALDANA, R. H. L. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.21, n.3, p.675-685, 2012.

OLIVEIRA, D. C.; D'ELBOUX, M. J. Estudos nacionais sobre cuidadores familiares de idosos: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, 65(5), p. 829-838, set-out. 2012.

OLIVEIRA, W. T. et al. Vivência do cuidador familiar na prática do cuidado domiciliar ao doente crônico dependente. **Ciência Cuidado e Saúde**, 11(1), p. 129-137, jan./mar. 2012.

PAULA, A. M. L. C. **A doença de Alzheimer e o cuidado na família**. 2012. 136 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiás. 2012.

POLTRONIERE, S.; CECCHETTO, F. H.; SOUZA, E. N. Doença de Alzheimer e demandas de cuidados: o que os enfermeiros sabem? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, 32(2), p. 270-278, jun. 2011.



Artigo

SANTOS, A. F. **Os aspectos médicos e psicológicos e neuropsicológicos da demência e Alzheimer.** 2016. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/>>. Data de acesso: 04/03/2017.

SEIMA, M. D.; LENARDT, M. H. A sobrecarga do cuidador familiar de idoso com Alzheimer. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 10, n. 2, p. 388 - 398, ago./dez. 2011.

SIMONETTI, J. P.; FERREIRA, J. C. Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica. **Rev Escola Enfermagem USP**, 42(1), p. 19-25. 2008.

XIMENES, M. A.; RICO, B. L. D.; PEDREIRA, R. Q. Doença de Alzheimer: a dependência e o cuidado. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo (SP), Brasil, 17(2), p.121-140, jun. 2014.



Artigo

**EXPECTATIVA DAS GESTANTES EM RELAÇÃO AO PARTO NORMAL E A
CIRURGIA CESARIANA**

**EXPECTATION OF PREGNANT WOMEN IN RELATION TO NORMAL
LABOR AND THE CESARIAN SURGERY**

Rayssa de Fatima Morais¹
Kamila Nethielly Souza Leite²
Sheila da Costa Rodrigues Silva³
Thoyama Nadja Felix de Alencar Lima⁴
Alusca Morais de Medeiros⁵
Larissa Maria Almeida Santos⁶

RESUMO: É necessário o preparo da gestante para o momento do nascimento, e esse preparo deve ser iniciado precocemente durante o pré-natal. Que envolve uma abordagem de acolhimento da mulher e seu companheiro no serviço de saúde, incluindo o fornecimento de informações desde as mais simples, de onde e como o nascimento deverá ocorrer, o preparo físico e psíquico da mulher. O objetivo do estudo é conhecer a expectativa das gestantes em relação a via de parto, considerando a via vaginal ou

¹ Acadêmica do Curso Bacharelado em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos. E-mail: rayssa_fmoraes@hotmail.com

² Enfermeira. Docente das Faculdades Integradas de Patos. Mestre pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFPB. Doutoranda em Pesquisa em Cirurgia pela FCMSP. E-mail: ka_mila.n@hotmail.com

³ Enfermeira. Docente das Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos. Doutoranda em Pesquisa em Cirurgia pela FCMSP. E-mail: sheilarodrigo@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Docente das Faculdades Integradas de Patos. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos. E-mail: thoyamanadja@hotmail.com

⁵ Enfermeira. Graduada em enfermagem pela FACENE Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. E-mail: alusca_moraes@hotmail.com

⁶ Acadêmica do Curso Bacharelado em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos. E-mail: larissamarias@hotmail.com



Artigo

cesariana, e sua justificativa. É uma pesquisa descritiva e exploratória com abordagem quanti-qualitativa, a amostra foi composta de 32 gestantes que estão cadastradas nas unidades de Estratégias de Saúde da Família: Belmiro Guedes e Carleuza Candeia de Patos-PB, que foram submetidas a uma entrevista, seguindo um roteiro básico, nos meses de fevereiro a março de 2017. Os discursos foram submetidos à análise temática, sendo categorizados e apresentados. A maioria das gestantes relatou preferir o parto normal/vaginal por acreditarem que teriam uma rápida recuperação para elas e o bebê. As demais gestantes preferiam a cirurgia cesariana por considerarem menor sofrimento e dor e poderem realizar a laqueadura. A maioria das gestantes afirma que o acompanhamento da enfermagem no pré-natal está contribuindo para o esclarecimento de todas as suas dúvidas, e que se sente mais segura após as consultas de enfermagem. Esses resultados reforçam as contribuições de profissionais da saúde.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal; parto normal; cesárea.

ABSTRACT: It is necessary to prepare the pregnant woman for the moment of birth, and this preparation should be started early during prenatal care. It involves a welcoming approach of the woman and her partner in the health service, including providing information from the simplest, where and how birth should occur, to the physical and psychological preparation of the woman. The objective of the study is to know the expectation of pregnant women regarding the delivery route, vaginal route or cesarean section, and its justification. It is a descriptive and exploratory research with a quantitative-qualitative approach. The sample is composed of 32 pregnant women who are registered in the Family Health Strategies units: Belmiro Guedes and Carleuza Candeia de Patos-PB, who were submitted to an interview, following a basic script, from February to March 2017. The speeches were submitted to thematic analysis, being categorized and presented. Most of the pregnant women reported preferring normal / vaginal delivery because they believed they would have a quick recovery for them and the baby. The remaining pregnant women preferred cesarean surgery because they considered less suffering and pain and could perform the tubal ligation. Most of the pregnant women affirm that the monitoring of the nursing in prenatal care lessened their doubts, and that they feel safer after the nursing consultations. These results reinforce the contributions of health professionals.

Keywords: Prenatal care; normal birth; Cesarean section.



Artigo

INTRODUÇÃO

Durante muitas décadas, as mulheres veem enfrentando grandes mudanças e descobertas em relação ao trabalho de parto e o parto. Desde as primeiras semanas de gestação, tanto a mãe como seus familiares, criam expectativas em relação ao momento do parto, e esperam que isto aconteça da melhor forma possível, pois caso contrário, o nascimento da criança poderá se transformar em uma dolorosa experiência capaz de oferecer diversos riscos tanto para a gestante como para a nova vida que está por vir (SILVA et al., 2015).

A gestação é o momento no qual a mulher prepara-se para mudanças na vida e para novas responsabilidades. É também nesse período em que ela expressa os sentimentos e receios relacionados ao parto e, na maior parte das vezes, esses sentimentos são ambivalentes, interferindo na opção da mulher (BENUTE et al., 2013).

É necessário o preparo da gestante para o momento do nascimento, e esse preparo deve ser iniciado precocemente durante o pré-natal. Que envolve uma abordagem de acolhimento da mulher e seu companheiro no serviço de saúde, incluindo o fornecimento de informações desde as mais simples, de onde e como o nascimento deverá ocorrer, o preparo físico e psíquico da mulher (BRASIL, 2001).

Sendo assim, é necessário as ações educativas realizadas durante o pré-natal tendo em vista o preparo da gestante para o momento do parto, a fim de dar à mulher subsídios necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto (BRITO et al., 2015).

O respeito à mulher transforma o nascimento num momento único e especial. Ela tem o direito de participar das decisões sobre sua saúde e ações relacionadas ao seu próprio corpo, inclusive o tipo de parto ao qual será submetida (NASCIMENTO et al., 2015).

E neste sentido entender quais os fatores que realmente influenciam as gestantes na decisão da via de parto. A partir desse conhecimento pode-se direcionar a atenção e o cuidado dos profissionais de saúde durante o pré-natal para o esclarecimento de dúvidas das futuras mães, fazendo com que estas decidam com confiança a via de parto pela qual seus filhos nascerão (SILVA; PRATES; CAMPELO, 2014).

Logo, é importante os profissionais de saúde, orientá-las, prestar informações claras e completas a respeito do cuidado, dos tratamentos e das alternativas, em relação a escolha da via de parto (SODRÉ et al., 2010).

Diante do exposto foi possível realizar os seguintes questionamentos: Qual a percepção das gestantes frente ao parto normal e a cirurgia cesariana? Que orientações de enfermagem são feitas durante o período gestacional para as mulheres?



Artigo

Assim, a presente pesquisa se propõe a conhecer a expectativa das gestantes em relação via de parto, considerando a via vaginal ou cesariana, e sua justificativa, verificar a ocorrência do tipo de parto, segundo as expectativas e os sentimentos dessas mulheres. Logo, os objetivos desse estudo são: Revelar a percepção das gestantes frente ao parto normal e a cirurgia cesariana, identificar as expectativas durante o período gestacional e verificar as orientações de enfermagem a essas gestantes.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem quanti-qualitativa. Segundo Gil (2008), as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. O método quantitativo e qualitativo foi adotado, pois a coleta de dados foi constituída de perguntas fechadas, sendo um procedimento sistemático para a descrição e explicação do estudo em questão.

O universo populacional corresponde a 32 gestantes que estão cadastradas nas unidades de Estratégias de Saúde da Família:Belmiro Guedes e Carleuza Candeia de Patos-PB. A amostra foi composta pelas 32 gestantes. Como critério de inclusão: gestantes maiores de 18 anos, primípara ou múltípara. E, o critério de exclusão são gestantes que não têm acompanhamento gestacional regular nas consultas de enfermagem.

O questionário foi previamente elaborado em articulação com os objetivos do estudo, contendo questões objetivas e uma questão subjetiva que abordam a temática em estudo. Os dados foram coletados no período de fevereiro a março de 2017, com tempo previsto de 15 minutos para a resposta de cada participante, no próprio setor de atendimento. Antes de iniciar a coleta, os usuários foram informados dos objetivos do estudo e de todos os seus direitos em participar ou desistir da pesquisa quando assim desejar.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram analisados estatisticamente de acordo com as variáveis quantitativas e variável qualitativa será feita a análise do discurso do sujeito coletivo. E, os resultados estarão expressos em tabelas e quadros para melhor compreensão dos resultados e discussão dos mesmos.

O desenvolvimento deste estudo respeitou os pressupostos da Resolução 466/2012 que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, normatizada pelo Conselho



Artigo

Nacional de Saúde, desta forma, garante o anonimato dos participantes deste estudo (BRASIL, 2012).

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, com o CAEE 64091617.7.0000.5181 visando seu encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, com base na resolução mencionada anteriormente. Os usuários do serviço de saúde que decidirem participar da pesquisa assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a sua participação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1 – Dados sócio demográficos. Gestantes n =32. Patos-PB, 2017.

Variáveis	Número (%)
Faixa etária:	
De 18 a 20 anos	5 (15,7%)
Entre 21 e 30 anos	18 (56,3%)
Entre 31 e 40 anos	9 (28%)
Grau de instrução:	
Ensino Fundamental Completo	2 (6,3%)
Ensino Fundamental Incompleto	3 (9,4%)
Ensino Médio Completo	15 (46,8%)
Ensino Médio incompleto	2 (6,3%)
Ensino Superior Completo	6 (18,7%)
Ensino Superior incompleto	4 (12,5%)
Estado civil:	
Solteiro (a)	14 (43,7%)
Casado (a)	16 (50%)
Outros (União estável)	2 (6,3%)
Renda salarial:	
Um salário mínimo	12 (37,5%)
Menos de 1 salário mínimo	12 (37,5%)
2 a 3 salários mínimos	6 (18,7%)
3 a 4 salários mínimos	2 (6,3%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.



Artigo

Como podemos observar na tabela 1, as gestantes apresentavam idades entre 18 e 40 anos, prevalecendo com um total de 5(15,7%) de 18 a 20 anos, 56,3% correspondendo a 18 gestantes entre 21 e 30 anos, e 9 gestantes entre 31 e 40 anos totalizando 28%. O grau de escolaridade variou: 2 (6,3%) informaram ter ensino fundamental completo; 3 (9,4%) o ensino fundamental incompleto; 15 (46,8%) o ensino médio completo; 2 (6,3%) o ensino médio incompleto; 6 (18,7%) o ensino superior completo e 4 (12,5%) ensino superior incompleto. Quanto ao estado civil das gestantes, 14 (43,7%) declararam-se solteiras, 16 (50%) casadas, 12 (6,3%) outros (União estável). No que diz respeito à renda salarial as gestantes informaram que: 12 (37,5%) tinham renda de um salário mínimo, 12 (37,5%) menos de um salário mínimo, 6 (18,7%) de 2 a 3 salários mínimos e 6 (2,3%) de 3 a 4 salários mínimos.

Estudos de Haidar et al., (2001) mostraram que a baixa escolaridade materna está associada a um maior risco de mortalidade materna e a ocorrência de recém-nascido de baixo peso. Cita também que as mães com menos de oito anos de escolaridade apresentam os maiores índices. O autor ainda afirma que a escolaridade materna está associada ao tipo de parto, sendo que as mães com maior escolarização apresentam uma chance de seis vezes maior de terem filhos de parto cesáreo. Esse tipo de parto é decorrente tanto da opção da mãe como opção médica, pois, sendo que a cesariana tem um custo maior, as mães com maior escolaridade costumam ter melhores condições econômicas, podendo optar por ele. Relatam também que o número de consultas no pré-natal é maior nas gestantes que possuem maior instrução.

Tabela 2- Fonte de informação recebida sobre gestação e parto. N=32. Patos-PB, 2017.

Fontes de informação	Gestantes N (%)
Profissional de saúde	23 (71,9%)*
Familiares, amigos.	9 (28,1%)*
Tv, internet, revistas.	5 (15,6%)*

Fonte: Dados da pesquisa, 2017. * Os participantes marcaram mais de uma opção.

No que diz respeito às fontes de informação recebidas sobre gestação e parto, 23 (71,9%) disseram ter obtido informações por intermédio de profissionais da saúde, 9 (28,1%) através de familiares e amigos, e 5 (15,6%) por TV, internet e revistas.



Artigo

De acordo com esse resultado relatado na tabela 2, podemos comparar com os resultados obtidos nos artigos que foram analisados e pode-se perceber que as gestantes de fato têm como fonte de informação principal os profissionais de saúde, seguidas de familiares, amigos, TV, internet e revistas.

Essas informações recebidas pelas mulheres durante a assistência ao trabalho de parto e ao parto apresentam uma clara associação com a satisfação com o parto, pois, quanto mais completa ou suficiente for a informação percebida pela mulher, maior a satisfação relatada com respeito à assistência prestada pela equipe que esteve o tempo todo a acompanhando. Além disso, a atenção adequada à mulher no momento do parto representa um passo indispensável para garantir que ela possa exercer a maternidade com segurança e bem-estar. A equipe de saúde deve estar pronta para tirar todas as dúvidas das gestantes e dos seus companheiros durante toda a gestação (LAMY; MORENO, 2013).



Artigo

Quadro 1-Expectativas das gestantes ao parto normal. N=32. Patos-PB, 2017.

Expectativas das gestantes frente ao parto normal	Discurso
Recuperação Fácil	<i>G1 - “Parto normal, mais fácil a recuperação e menos risco de infecção”.</i> <i>G9- “O normal com certeza trás menos riscos para a mãe e o bebê. E a recuperação pós parto é mais tranquila. Porém o parto cesáreo ainda é bem escolhido, por causar menos dores, mas o pós operatório é bem difícil”.</i> <i>G5 – “Parto normal, mais saudável para a mãe e a criança. E a recuperação é mais rápida”</i> <i>G15-O normal por mais que seja ruim as dores. Mas a recuperação é melhor.</i>
Saudável para mãe e o bebê	<i>“G3 – Caso não haja risco para a mãe e o bebê, o parto normal é mais adequado e saudável”.</i> <i>“G7– Parto normal, em questão de ser mais saudável ao RN”.</i> <i>“G10-O parto normal é algo natural, traz mais benefícios para a mãe e o bebê”.</i>

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Pode-se observar no quadro 1, em relação as expectativas das gestantes ao parto normal as mesmas focaram em uma recuperação fácil e que o parto normal é saudável para a mãe e o bebê.

Na categoria das expectativas para as gestantes sobre o parto normal, as gestantes falaram que esse tipo de parto é mais saudável para o bebê e sem riscos; é mais fácil; mais



Artigo

saudável para a criança; e mostraram uma visão do parto normal como algo para o qual o corpo da mulher já está preparado.

As justificativas das gestantes para preferência pelo parto normal também foram condizentes com as encontradas na literatura (NASCIMENTO et al., 2015) reforçando a idéia de que aspectos positivos para o bem estar materno e do(a) filho(a), isto é, a “rápida recuperação”, quando comparado ao parto cesariana, e o julgamento de se tratar da melhor opção para a mãe e o bebê.

Tabela 3-Motivos que levariam para as gestantes trocar do parto normal para cirurgia cesariana. N=32. Patos-PB, 2017.

Variáveis	Gestantes (%)
Medo de sofrimento e dor	7 (21,9%)
Segurança para o bebê	16 (50%)
Escolha do médico	2 (6,3%)
Experiências anteriores	1 (3,1%)
Laqueadura	5 (15,6%)
Não mudaria de opinião	5 (15,6%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017. * Os participantes marcaram mais de uma opção.

Quando indagadas sobre os motivos que levariam as gestantes trocar o parto normal por uma cirurgia cesariana, 7 (21,8%) referiram medo de sofrimento e de dor, 16 (50%) segurança para o bebê, 2 (6,3%) só faria caso fosse a escolha do médico, 1 (3,1%) por conta de experiências vivenciadas anteriormente, 5 (15,6%) para fazer laqueadura, 5 (15,6%) não mudariam de opinião.

Os relatos da categoria *preferência por parto cesáreo/cirúrgico*, no entanto, vão ao encontro de outras pesquisas, em que mulheres deram preferência para o parto cesáreo por medo da dor do parto normal e pela conveniência, previsão e controle do momento do nascimento (Seibert, Gomes, & Vargens, 2008; Teixeira & Pereira, 2006).



Artigo

De acordo com Lamy e Moreno (2013) a intenção de se submeter à laqueadura tubária é a segunda principal razão alegada pelas mulheres para preferir um parto cesáreo, a partir daí podemos perceber que a escolha do parto cesáreo é bem mais complexo que o imaginado. Dados sobre a forma de pagamento para o parto também apóiam esta hipótese: 15% das esterilizadas pagaram essa cirurgia diretamente ao médico, 19% a realizou através do SUS, 16% através de planos de saúde, 9% a recebeu grátis e outros 9% através de outras fontes de financiamento.

Tabela 4-Gestações anteriores.N=32. Patos-PB, 2017.

Variáveis	Gestantes (%)
Parto Normal	9 (28,1%)
Cirurgia Cesariana	4 (12,5%)
Primeira gestação	18 (56,3%)
Aborto natural	1 (3,1%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Mais um dado de destaque da pesquisa, foram questionadas gestações anteriores das gestantes que participaram da pesquisa. Quando questionadas, 9 (28,1%) tiveram gestação em parto normal, 4 (12,5%) parto cesáreo, 18 (56,3%) estão na primeira gestação, e 1 (3,1%) teve aborto natural.

O predomínio da preferência pelo parto normal/vaginal entre as participantes condiz com achados de estudos nessa área, as quais relataram que grande parte das gestantes tinha preferência pelo parto normal. No entanto, ao longo do pré-natal, parte dessas gestantes parece mudar sua decisão, passando a entender que a via cesárea – apesar de muitas vezes não ser a sua preferência inicial – seria mais adequada para o nascimento do bebê.

O Ministério da Saúde no Brasil tem incentivado o parto normal, por meio de campanhas, programas e portarias, por defender que este tipo de parto oferece menor risco de infecções e complicações maternas dentre outras vantagens (SILVA;PRATES;CAMPELO, 2014).



Artigo

Quadro 2 – Acompanhamento pré-natal com a enfermeira. Patos-PB, 2017.

ACOMPANHAMENTO PRÉ NATAL
G1 – “Está sendo excelente. Suprindo todas as minhas dúvidas”.
G3- “Está sendo bom. Todas as dúvidas esclarecidas”.
G6- “Está sendo ótimo. Tiro todas as minhas dúvidas”.
G7 – “Estou gostando, mas estou achando que está deixando a desejar para mim que é a primeira gestação”.
G17 – “Bom, me passou informações em relação ao sulfato ferroso e ácido fólico”.

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

O quadro 2 mostra, os comentários das gestantes sobre o acompanhamento do pré-natal com a enfermeira, pode-se observar a importância da contribuição da enfermagem em relação às dúvidas que as gestantes tinham sobre toda a sua gestação.

Nas atividades relacionadas à assistência pré-natal, estudos demonstrados por pesquisadoras relatam que a Consulta de Enfermagem tem sofrido transformações em sua concepção, metodologia e, principalmente, a inserção nos serviços de saúde, transitando para o prestígio e aceitação do profissional enfermeiro no seu fazer e assistir.

Uma atenção pré-natal realizada pelo enfermeiro de forma adequada exerce um papel fundamental no desfecho do processo de parto e nascimento e nas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Os objetivos dessa assistência são identificar os fatores que possam colocar a saúde materna e fetal sob risco de resultados adversos e saber detectar precocemente quaisquer problemas, reduzindo ou evitando possíveis complicações (SILVA, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados desse estudo permitiram concluir que as gestantes que participaram da pesquisa preferem a via de parto normal. As justificativas que elas apresentaram para essa escolha foram: a recuperação rápida pós parto, ser um processo natural, e melhor para o bebê. A principal fonte de informações que elas precisariam ter durante a gestação aconteceu por os profissionais da saúde

Destacou-se também, o medo das gestantes referente ao momento do parto. Sendo assim, considera-se urgente a necessidade de que a preparação para o parto se torne foco nos atendimentos e serviços oferecidos no pré-natal, bem como nas políticas públicas voltadas para essa área, com a finalidade de evitar os efeitos prejudiciais que o estresse,



Artigo

a insegurança, o medo e outros fatores psicoemocionais e ambientais possam ter nos momentos de trabalho de parto. Dando-lhes confiança para vivenciar o parto de maneira calma e tranquila.

É importante destacar a importância da enfermagem durante o pré-natal, onde a maioria das gestantes relataram que todas as suas dúvidas foram esclarecidas e as informações sobre sulfato ferroso e ácido fólico foram repassadas de forma em que a gestante pudesse seguir todas as orientações.

Outros estudos serão necessários para que se obtenha um melhor panorama sobre a percepção das gestantes em relação ao parto normal e a cirurgia cesariana, em relação as suas vantagens e desvantagens. Incluindo também a importância dos profissionais da saúde, a autonomia das gestantes durante a sua gestação, para que se sintam aptas para escolher a melhor conduta para este momento único de suas vidas, a participação das instituições que encontram-se envolvidas durante todo o processo assistencial, visto que esse discurso encontra-se discordante da prática.

REFERÊNCIAS

BENUTE, G.R.G.et al. Preferência pela via de parto: uma comparação entre gestantes nulíparas e primíparas. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v.35, n. 6, p.281-285, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032013000600008>. Acesso em 15 set. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em 20 set. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. **Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012**. Trata de pesquisas e testes em seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

BRITO, C.A. et al Percepções de puérperas sobre a preparação para o parto no pré-natal. **Rev Rene**, v.16, n.4, p.470-8, 2015. Disponível em: <www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/download/1904/pdf>. Acesso em 28 de maio de 2017.



Artigo

GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. - 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Haidar, F.H., OLIVEIRA, U.F., NASCIMENTO, L.F.C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad. Saúde Pública**. v.17, n.4, p.1025-29, jun./ago., 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5309.pdf>>. Acesso em 20 abr. 2017.

LAMY, G.O.; MORENO, B.S. Assistência pré-natal e Preparo para o parto. **Revista OMNIA Saúde**, v. 10, n. 2, p.19-35, 2013. Disponível em:<<http://www.fai.com.br/portal/ojs/index.php/omniasaude/article/view/456/pdf>>. Acesso em: 03 de maio 2017.

NASCIMENTO,R.R.P., et al. Escolha do tipo de parto: fatores relatados por puérperas.**Rev Gaúcha Enferm**. v.36, n.esp, p.119-26, 2015. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/rngen/v36nspe/0102-6933-rngen-36-spe-0119.pdf>>. Acesso em 15 out. 2016.

SEIBERT, S. L.; GOMES, M. L.;VARGENS, O. M. C. Assistência pré-natal da casa de parto do Rio de Janeiro: A visão de suas usuárias. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n.4, p.758-764, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a21.pdf> Acesso em: 29 maio 2017.

SILVA,S.P.C; PRATES,R.C.G; CAMPELO,B.Q.A. Parto normal ou cesariana? fatores que influenciam na escolha da gestante.**Rev.Enferm. UFSM**, v.4, n.1, p.1-9, jan/mar.,2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8861/pdf>>. Acesso em: 18 set 2016.

SILVA, D.O.et al. O desejo da mulher em relação à via de parto: uma revisão de literatura. **Ciências Biológicas e da Saúde**,v. 3, n.1, p. 103-114, nov., 2015.Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiossaude/article/view/2582>>. Acesso em 20 set. 2016.

SILVA, M.Y.B. **A importância do enfermeiro no acompanhamento da assistência pré-natal**. Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Universitário de Brasília. Brasília. 2014. Disponível em:<<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/5660/1/TCC%20corrigido.pdf>>. Acesso em 24 abril 2017.



Temas em Saúde

Volume 18, Número 1

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

SODRÉ, T.M. et al. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina - Paraná. **Texto Contexto Enferm.** v.19, n.3, p.452-60, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a06v19n3.pdf>>. Acesso em 01 out. 2016

Teixeira, N. Z; Pereira, W. R. Parto hospitalar – Experiências de mulheres da periferia de Cuiabá – MT. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.6, p.740-744, 2016. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a04.pdf> Acesso em: 30 de maio 2017.



EXPECTATIVA DAS GESTANTES EM RELAÇÃO AO PARTO NORMAL E A CIRURGIA CESARIANA

Páginas 414 a 427

427

Artigo

HOMENS TRANSEXUAIS: INVISIBILIDADE SOCIAL E SAÚDE MENTAL

TRANSGENDER, SOCIAL INVISIBILITY AND MENTAL HEALTH

Daniel Sarmiento Bezerra¹

Ana Karla Bezerra²

Roberto Cezar Maia de Souza³

Waléria Bastos de Andrade Gomes Nogueira⁴

André Ricardo Bezerra Bonzi⁵

Lidiana Medeiros Mendes da Costa⁶

RESUMO: O presente trabalho pretendeu discutir a saúde mental de homens transexuais diante de suas demandas e refletir como o ambiente social e laboral tem participado e repercutido na saúde mental dos mesmos. A problematização se mostra relevante para a sociedade, uma vez que há escassez de pesquisas sobre homens transexuais no universo acadêmico. Durante a pesquisa, aplicou-se um questionário on-line com 45 perguntas através da utilização das redes sociais, no caso, o Facebook. Entre os abordados para a pesquisa foi possível interagir com participantes das cinco regiões do Brasil. Após a coleta dos dados com a resposta dos 242 questionários preenchidos, estes foram tabulados e formatados em forma de gráficos. A partir disso foi possível aferir que entre os consultados 41% eram da faixa etária compreendida dos 18 aos 24 anos, 24% dos 25 aos 34 anos existindo um participante cuja idade ultrapassava os 65 anos. Com relação à amostragem por região do País, o Sudeste possui a maioria da amostra pesquisada com 52% dos entrevistados. Dos homens trans, 80,7% possuem a própria casa como local de maior desrespeito seguido da escola ou faculdade como o segundo pior local para se socializar correspondendo à opinião de 59,4% dos entrevistados. Constatando-se que

¹ Estudante de medicina. E-mail: sarmentomeddaniel@gmail.com

² Enfermeira. E-mail: lima.anakarla@gmail

³ Psicólogo. E-mail: robertomaiapb@hotmail.com

⁴ Enfermeiro. E-mail: bonzipb@gmail.com

⁵ Enfermeira. E-mail: waleriabastos@hotmail.com

⁶ Estudante de enfermagem. E-mail: lidianammendes@gmail.com



Artigo

aquilo que corresponderia aos locais de proteção e desenvolvimento pessoal e social na realidade são responsáveis pela maior incidência de violência contra o público trans, é fácil inferir acerca da situação de risco de acometimento de doenças mentais bem como esse ser um público com um consistente potencial de atentar contra a própria vida.

Palavras-chave: Transexuais. Saúde Mental. Saúde Pública.

INTRODUÇÃO

Esse trabalho pretendeu discutir a saúde mental de homens transexuais diante de suas demandas e refletir como o ambiente social e laboral tem participado e repercutido na saúde mental dos mesmos. Discutir ainda como a relação que a interferência dos familiares tem no impacto e desenvolvimento de doenças mentais naqueles. Nesse interim, a pesquisa foi de grande relevância acadêmica, devido ao tema ser pobre em dados quantitativos, bem como dados empíricos acerca das principais dificuldades, angústias e anseios da população transexual em nosso país.

A problematização se mostra relevante para a sociedade, uma vez que há escassez de pesquisas sobre homens transexuais no universo acadêmico. Desta forma, para alcançar os objetivos propostos, inicialmente, o presente trabalho utilizou-se da seguinte pergunta norteadora: Quais as maiores dificuldades enfrentadas pelos homens transexuais brasileiros e qual a repercussão na saúde mental dos mesmos?

A cidade de João Pessoa passou a ser uma referência em atendimento à população de homens transexuais não só do Estado da Paraíba como também de estados vizinhos através do Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS - localizado dentro do Centro de Atenção Integral a saúde - CAIS no bairro de Jaguaribe em João Pessoa. Essa conquista enquanto referencial ocorreu a partir da vivência da equipe do CTA-DST/AIDS os quais observaram o quanto essa população era desassistida acerca de quesitos simples tais como a obtenção legal dos “nomes sociais” ou atendimento ginecológico, por exemplo, fatores que possuem grave repercussão na saúde mental e que geram sentimentos de abandono e revolta, inclusive. Vale ressaltar que o CTA-DST/AIDS – João Pessoa deu início ao acolhimento desse público no ano de 2012, no entanto, a rede de assistência para a população de Travestis e Transexuais no município apenas começou a aprimorar-se após 2013, quando os equipamentos específicos para intervenção nas necessidades dessa população começaram a ser implantados. Foi nesse período que o



Artigo

ambulatório para travestis e transexuais, o Espaço LGBT, o Centro de Cidadania LGBT e a Delegacia de Crimes Homofóbicos foram concebidos.

Diante deste cenário, foram realizadas diversas discussões no CAIS/Jaguaribe acerca da invisibilidade dessas pessoas e o sofrimento mental, tanto a nível familiar quanto no contexto social de maneira geral. Como resultado, várias pactuações de atendimentos foram realizadas a fim de que outras especialidades pudessem integralizar o atendimento. (Especificar quais especialidades eram ofertadas e quais foram agregadas após discussões no CAIS-Jaguaribe). Segundo Souza (2014), a divulgação nas redes sociais foi determinante para que a demanda de outros municípios paraibanos e do Nordeste fosse contemplada.

Cabe ressaltar que as mães dos homens transexuais que acompanharam os filhos para atendimento no CTA/Jaguaribe gerou uma demanda secundária a qual passou a exigir uma escuta qualificada por parte do médico e da equipe de psicologia do Centro não só dos usuários, mas com extensão aos familiares que os acompanhava. Percebeu-se, com isso, a dificuldade da família em entender sobre o processo transexualizador e, sobretudo, a respeito da identidade de gênero de suas filhas. Essa falta de compreensão acerca do tema gerou vários conflitos subjetivos, principalmente, no tocante à psique - masculina sobrepondo-se ao corpo biológico - feminino.

Segundo Scott (1990) compreende-se por gênero como o primeiro campo onde damos significados as relações de poder. O poder exercido pelo gênero masculino em domínio ao gênero feminino, endossado por uma moral social e familiar que reprime a liberdade dos corpos, tolhendo assim a autonomia do gênero feminino. Além disso, a construção das identidades sociais sobre o corpo, sua fluidez, a construção das autonomias dos sujeitos sobre seus corpos e de como a questão de gênero deve ser deslocada da questão meramente biológica faz parte da construção social. Percebemos assim a afirmação de Butler (2008 p.45) sobre essas questões:

[...] o corpo é uma construção social e que, portanto, a possibilidade de mudar, interferir no corpo por meio de cirurgias é a afirmação da necessidade de questionar o próprio corpo, demonstrando assim o caráter mutável, não natural e construído das categorias sexo, gênero e heterossexualidade.

A autora ressalta que a afirmação do corpo enquanto construções sociais é uma luta do movimento social para que de fato esses homens possam se responsabilizar por



Artigo

suas decisões e naturalizar que os corpos desses sujeitos só diz respeito a eles próprios (BUTLER, 2008).

No decorrer dos atendimentos, entrevistas, foi importante descrever o sofrimento psíquico recorrente que o homem transexual viveu e vive no ambiente familiar já que, na maioria das vezes, não são acolhidos e respeitados pela identidade de gênero. Ficou evidente na fala da maioria dos homens transexuais a enorme dificuldade que eles têm para conseguir lograr direitos às políticas públicas inclusivas e, toda essa problemática, tem como um dos maiores impactos são os altos índices de tentativas de suicídio mediante a pressão e o sentimento de exclusão e não pertencimento ao grupo familiar que lhe foi conferido.

Importante evidenciar que nesse estudo não se pretende reforçar o discurso médico biológico psicopatologizante das identidades transexuais. Ao contrário, objetiva-se analisar as subjetividades desses homens transexuais, em meio a não compreensão e imposição da normatividade da categoria cisgênera. Entende-se por pessoa cisgênera os sujeitos que tem sua identidade de gênero em conformidade ao seu sexo biológico, ou seja, a sua psique em relação ao seu gênero é consonante ao sexo biológico de nascimento.

Esta pesquisa abordou alguns tópicos sobre os homens transexuais no Brasil tais como: as políticas públicas, sofrimento psíquico e a luta da afirmação dessas identidades, no entanto, o foco principal recaiu sobre as questões atinentes à saúde mental da população estudada. Ainda foram levantadas as seguintes hipóteses: o sofrimento psíquico dos transexuais no contexto familiar e social é um dos principais agravantes para que eles possam conviver bem com sua identidade de gênero; transexuais serem educados a pertencerem e se adequarem ao estereótipo de gênero, pode causar repulsa e violência no contexto familiar por não aceitação ao seu gênero de pertencimento.

Desse modo, tem-se como objetivo desse trabalho científico entender o universo dos homens transexuais, mapear as políticas públicas existentes no intuito de discutir, principalmente, todo impacto causado à saúde mental dessa população.

METODOLOGIA

Foi realizado um questionário on-line com 45 perguntas enviadas através do Facebook direcionadas a homens transexuais agregando participantes das cinco regiões do Brasil. Após a coleta dos dados realizou-se a tabulação e produção de gráficos baseados nas respostas dos 242 questionários preenchidos. Desse modo, foi possível caracterizar a pesquisa como descritiva, exploratória, quantitativa.



Artigo

Como a pesquisa envolveu material humano, por questões éticas, nos termos da Resolução 196/96, foi submetida à análise e aprovação do Comitê de Pesquisa da Plataforma Brasil, a fim de que o estudo estivesse apto para ser realizado e depois apresentado como devolutiva para a população pesquisada e, por se tratar de políticas públicas, deve ser publicitada aos órgãos que realizam as políticas públicas aos homens transexuais nos municípios, estados e ente federativo.

RESULTADOS

Faz-se necessário compreender o conceito de gênero, pois, para dialogar sobre identidade de gênero, é preciso perceber as construções históricas, culturais e sociais desse termo. Scott (1990) argumenta que gênero não é somente algo historicamente determinado a partir da diferença dos sexos, mas, sim, algo que dá sentido à essa diferença. O gênero envolve o discurso sobre a diferença dos sexos e remete às instituições, estrutura, práticas cotidianas e rituais, quer dizer, tudo o que constitui as relações sociais. De fato, o discurso é um instrumento que permite organizar o mundo.

Por outro lado, para Connell (2009), o aprendizado sobre os papéis e modelos sexuais é construído no processo de socialização e acima de tudo uma questão de experiência pessoal. Já Butler (2008), infere que o gênero não deve ser percebido enquanto origem, pois tanto o sexo, como o próprio gênero, é percebido individualmente em cada sujeito e na construção subjetiva.

Segundo Pelegrin (1999), em relação à identidade de gênero e sexualidade, temos a literatura psiquiatra que traz referência como transtornos desde o século XIX, trazendo primeiro a lógica de “psiquiatrização” da homossexualidade, depois a identidade de gênero como transtorno no Manual de Diagnóstico de Saúde Mental (DSM III) e posteriormente como disforia de gênero na versão revisada em 1987 do DSM III. Já no ano de 1994, no DSM IV, a disforia de gênero passou a ser considerada como Transtorno de Identidade de gênero no DSM IV e em maio de 2013 voltou a ser tratada como Disforia de gênero no DSM V.

Nesse sentido, alguns teóricos irão questionar se essa forma de “patologizar” as identidades não é uma forma de enquadrar esses sujeitos e, sobre isso, Ceccarelli (2010) vai trazer à tona que o próprio DSM é uma forma de controle dos comportamentos. Ademais é fato que qualquer procedimento como as cirurgias reparadoras ou mesmo práticas hoje mais recorrentes tais quais os laudos médicos exigidos para mudança de nomes – registro do “nome social”- implica em considerar a “patologização” desses



Artigo

sujeitos para garantir seus direitos. E, embora os transexuais tenham conquistado um grande passo no dia 1º de março de 2018 com o julgamento da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 4275, pelo Supremo Tribunal Federal, fica claro o quanto estamos distantes da autonomia dos homens transexuais sobre o próprio corpo. A aprovação da ADI representa a possibilidade de alteração de gênero no assento do registro civil do transexual, mesmo sem procedimento cirúrgico de redesignação de sexo ou autorização judicial, apenas necessitando ida ao cartório.

Segundo Lara (2013) pelo DSM 5, temos a disforia de Gênero em crianças descrita no código 302.6 (F64.2) e a disforia de Gênero em Adolescentes e Adultos 302.85 (F64.1), sendo descrito que indivíduos que apresentam uma diferença marcante entre o gênero experimentado/expresso e o gênero atribuído são disfóricos. No que diz respeito aos subtipos, o manual aboliu o uso dos especificadores que descreviam a orientação sexual destes indivíduos, especialmente porque a diferenciação não se mostrou clinicamente útil.

Foucault (1987), afirma que nossos corpos são moldados de acordo com as construções históricas e subjetivas de cada realidade e Bordo (1997), explica que com a organização e regulamentação do tempo, do espaço e dos movimentos da vida dos indivíduos, os corpos são treinados, moldados e marcados pelo período histórico de ocorrência. Pensar em sexualidade humana é considerar os processos de afetividade entre os corpos, entre a percepção de si e do outro e, também, como se expressam os sentimentos, tanto consigo, como para com os outros. É necessário refletir como acontecem os processos de normatização ditados pela cultura e pela socialização das práticas corporais.

Quem são os homens transexuais?

Quando se dialoga sobre transexuais no Brasil há uma série de variáveis que se faz necessário levar em consideração já que, segundo Ávila (2014), a invisibilidade dessa categoria quando comparada a travestis é um grave problema sociocultural.

Os homens transexuais são pessoas que nasceram com o sexo biológico feminino, mas tem o sentimento de pertencimento total ou parcial ao gênero masculino, a ponto de sentir necessidade de ser reconhecido socialmente como homem. Conquanto, sua identidade de gênero não implica na sua orientação sexual ou na relação com o seu corpo, sendo estas questões de caráter íntimo e individual, que não comprometem a sua masculinidade. Esse grupo busca frequentemente o reconhecimento jurídico do sexo e do nome social, porém esse reconhecimento, até o julgamento da ADI/4275, era realizado



Artigo

de acordo com cada Estado da federação. Na Paraíba, a média de tempo para a retificação de nomes girava em torno de seis meses, no entanto, há Estados como São Paulo que, em decorrência da morosidade judicial, o processo perdura por até três anos. Salientando que antes da decisão do STF, que vincula todos os tribunais a seguir a normativa aprovada, poucos eram os Estados que o faziam.

A identidade dos transexuais: desejos e necessidades

Como afirma Moscovici (2003, p.43) “quando estudamos representações sociais contemplamos o ser humano”. Conforme Almeida (2009), alguns profissionais de saúde e operadores do direito entendem a “despatologização” do transexualismo como a possibilidade social de dar conforto psíquico e reconhecimento a este público. Oportunamente, outra pauta levantada traz a necessidade de se criminalizar a discriminação contra as Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros (LGBT), já que essa população sofre violência psíquica, física e social no seu dia a dia (ÁVILA, 2014). Atinente à essa questão, o público LGBT sofreu um grande revés com o arquivamento do Projeto de Lei 122/2006 em 2015. O referido projeto pretendia alterar a Lei 7.716/1989 que tipifica “os crimes resultantes de discriminação ou preconceito de raça, cor, etnia, religião ou procedência nacional” fazendo a inclusão, entre esses crimes, a discriminação por gênero, sexo, orientação sexual ou identidade de gênero.

Para Bento (2006), o que essas pessoas buscam nos hospitais durante o processo transexualizador do SUS é o reconhecimento e seu pertencimento à sociedade seguindo as normas de gênero, em corpos-homens e corpos-mulheres. A medida de classificação da saúde e da doença em termos de normal e patológico é característica da medicina moderna, conforme os estudos de Foucault (1963/1994) demonstram. Assim, é muito difícil pensar em transexualidade sem o viés patológico, e romper com esse paradigma do corpo visto como não separado de seu gênero (ÁVILA, 2014).

Desse modo, Baldiz (2010) reflete sobre a “patologização” das identidades transexuais, e diz que se algo é considerado como doença, implicará inclusive numa “desresponsabilização” desses sujeitos com relação ao que se passa com eles e em suas vidas pessoais. Dessa maneira, a importância da “despatologização” e, conseqüentemente, da retomada da autonomia voltada para o sujeito. Percebe-se ainda, que há muito que ser realizado em relação às políticas públicas em nosso país, visto que resta evidente a escassez de ações que visem a garantia dos direitos voltados para o público transexual.



Artigo

Em relação à pesquisa realizada para desenvolvimento desse trabalho, foram aplicados 242 questionários ao público compreendido por homens transexuais das cinco regiões do País. Foram obtidos os seguintes resultados: referente à retificação do assentamento do registro de nascimento, apenas 5% dos 242 participantes conseguiram as devidas alterações. Esse baixo índice deve-se ao entendimento conservador e tradicional sobre identidade de gênero compartilhado pela maioria do judiciário brasileiro que ainda considera que o processo de retificação com restauração do assento registral deve ser atrelado ao processo de redesignação sexual.

No que concerne à faixa etária dos participantes, 22% deles possuíam entre 14 e 17 anos, 41% compreendia dos 18 aos 24 anos; 24% englobou a faixa de 25 a 34 anos, o percentual que representava as faixas dos 35 aos 49 anos corresponde a 9% e a população de 45 aos 54 anos condiz com 3% dos entrevistados. Destaque para um dos participantes cuja idade ultrapassa os 65 anos.

No tocante aos índices por região o Sudeste possui a maioria da amostra pesquisada com 52%, seguida do Nordeste com 25%, Centro Oeste, bem como a região Sul, ambas com 11% e, por fim o Norte com somente 1%. Já os números relativos aos participantes por Estado, tem-se em São Paulo 25% dos entrevistados; em seguida vem o Rio de Janeiro com 19%; Minas Gerais abrangendo 7%; Pernambuco e Bahia 5%; Rio Grande do Sul 4%; Paraíba contendo 3%; Rio Grande do Norte percebendo 2%; Espírito Santo, Mato Grosso, Santa Catarina, Sergipe e Maranhão contabilizando 1%; por fim, Pará e Tocantins com 0,5%.

Dentre os homens transexuais questionados, 72,8% relataram pertencer ao gênero masculino e 20,3% declara-se como do gênero feminino. A autoidentificação como gênero fluido constituiu 3% do total computado, salientando que se compreende como gênero fluido aquele onde o indivíduo se vê, em momentos distintos com gênero diferente, ou seja, ora possuidor do gênero masculino ora do gênero feminino.

Sobre a religiosidade, 48,9% declarou não pertencer a nenhuma religião ou não acreditam em Deus, uma vez que a maior parte das religiões não aceita e/ou não acolhe a pessoa transexual.

Questionados acerca da raça, declararam-se como da cor branca 58%; seguido da parda caracterizando 25,2%, da cor preta 9,7% e de outra denominação 2,1%. Já no que diz respeito à escolaridade, 27,1% dos demandados possui o ensino médio completo; a maioria, representada por 36%, possui o ensino superior incompleto, 11,6% tem o ensino superior completo e 4% pós-graduação. Percebeu-se que há uma dificuldade em dar sequência aos estudos em decorrência da complexidade das relações interpessoais entre



Artigo

os colegas de sala e o indivíduo transexual, notadamente em detrimento da dificuldade de aceitação da transexualidade.

Quando questionados acerca da renda, 16% dos intervenientes dispunham de uma receita de até R\$ 465,00; 24,4% possuíam proventos entre R\$ 466,00 e R\$ 930,00, 25,4% detinham o importe de R\$ 931,00 a R\$ 1.395,00; 5,3% auferiam valores por volta de R\$ 1.396,00 a R\$ 1.860,00; 8% percebiam entre R\$1.861,00 e R\$ 2.790,00; 6,2% apresentava rendimento de R\$ 2.790,00 a R\$ 6.000,00 e, angariavam mais de R\$ 6.000,00, apenas 5,3% dos participantes. Ademais, 13,3% estavam desempregados no momento da pesquisa.

Na discussão referente à empregabilidade inferiu-se que 59,1% dos entrevistados tiveram problemas em consequência da sua identidade de gênero, outrossim, todos sofreram algum tipo de preconceito seja durante as etapas de seleção, seja no momento da contratação, com a entrega dos documentos pessoais. Por oportuno, necessário destacar que a maioria dos homens transexuais no Brasil, cerca de 52,5%, está fora do mercado de trabalho formal, índice este bem acima da média da população em geral, posto que o índice do IBGE no primeiro trimestre de 2016 indicou que 10,2% deste grupo encontrava-se em tal situação.

Nesse mesmo sentido, de acordo com a ANTRA – Associação Nacional de Travestis e Transexuais, 95% das travestis e transexuais no Brasil estão fora do mercado de trabalho formal, assim como traz a informação de que 90% das travestis e transexuais femininas necessitam se prostituir para sobreviver, contrariamente ao percentual dos homens transexuais, onde 97%, ou seja, a maioria, não utiliza a prostituição como meio de subsistência. Vale destacar que as chances de violência - seja ela física, mental ou racial – aumentam diante do fato de estarem trabalhando na rua, ainda mais, durante a noite, ressaltando que ao longo do tempo tal atividade implica no desenvolvimento de doenças mentais tais como: síndrome do pânico, depressão e síndrome do estresse pós-traumático. Essas doenças ou sofrimentos mentais são somatórios e dificultam a vida social e laboral.

Outro fator determinante na saúde mental do ser humano é a vida afetiva dentre os homens transexuais entrevistados, em relação a esta, apenas 15,7% possui algum tipo de relacionamento, estando, entre estes, 14% namorando; 1,7% em noivado, 14% em união estável; 11,5% declarou-se morando junto; 9,4% disse-se casado; 0,4% viúvo e divorciado/separado 0,4%. Nesse aspecto, 75% considera ter uma relação boa ou excelente com seus parceiros.

Relacionando o vínculo afetivo familiar e a relação de aceitação e boa convivência com a identidade de gênero foi possível identificar que 36,7% têm uma convivência



Artigo

doméstica ruim; 22,8% caracterizaram como regular; 7,2% respondeu ter uma boa ambiência dentro de casa e 7,6% denominou como excelente o convívio com seus congêneres. O ambiente familiar é um terreno fértil e potencial gerador de doenças e sofrimento mental diante do habitual cenário de falta de suporte, exclusão, segregação e violação da integridade do indivíduo transexual. Este panorama acaba sendo um forte fator de interferência no bem estar dos indivíduos. Acerca disso avaliou-se que 35% dos entrevistados trazia um sentimento de apatia na qual não consideravam nem feliz e nem infeliz; 23,4% quase infeliz; 9,7% considera-se infeliz; 22,4% feliz e 9,7% muito feliz.

Ao avaliar-se a autoestima obteve-se em dados estatísticos que 16,9% dos homens transexuais que responderam à pesquisa definiam-na como muito baixa; 19% qualificavam-na como baixa; 32,9%, como nem alta e nem baixa; alta autoestima correspondeu a sentimento de 18,1% daqueles e 13,1% tinha uma autoestima muito alta. Os resultados relacionados à baixa autoestima justificam-se diante do quadro de discriminação e preconceito frequentes - em relação a sua identidade de gênero. Sincronicamente aos dados obtidos com relação à autoestima foi possível avaliar que a maioria dos homens transexuais, por volta de 94,5%, já se sentiu deprimido em algum momento da vida, o que é considerado um quadro alarmante quando se compara com o índice de depressão na população mundial, algo em torno dos 20%, de acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS. O dado é preocupante, sobretudo, porque a depressão é um dos principais geradores de tentativas de suicídio.

Entre os que portavam a depressão verificou-se que 25,9% apresentavam depressão muito alta; 22,8% depressão moderada e 17,5% pouca depressão. Só 12,3% declararam sentir depressão insignificante. No País, a ideação suicida já foi alvo de 66,4% dos transexuais que vivenciaram a depressão. O constrangimento familiar e nos serviços públicos é uma rotina que os afasta do convívio social alimentando, assim, o círculo vicioso da baixa autoestima, depressão e ideação suicida.

De acordo com Ávila (2014), o sentimento de sua identidade de gênero não concordar com sua anatomia manifestam uma exigência compulsiva, imperativa de “adequação sexual”, face à uma incompatibilidade daquilo que são anatomicamente e aquilo que sentem ser. Esse sentimento de impotência entre a imagem real e a imagem psíquica pode chegar ao ponto de levar o sujeito à autoemasculação e até mesmo ao suicídio.

Dentre os espaços frequentados pelo indivíduo transexual, a própria casa é o ambiente de maior desrespeito, de acordo com 80,7% dos participantes da pesquisa, sendo que 59,4% têm a escola ou faculdade como segundo lugar mais cruel. Além disso, 50,2% deles relataram maus-tratos em unidades de saúde o que implica na fuga pela procura de



Artigo

atendimento especializado. Bento (2006) descreve sobre o contexto social e familiar dos transexuais no Brasil onde há várias dificuldades culturais que permeiam a ausência de discussão sobre a temática.

Outro grande vilão da saúde mental é a ansiedade, que fora dos limites adequados, desencadeia uma série de doenças, entre elas, a síndrome do pânico e a depressão. Entre os muito ansiosos estavam 51,1% dos entrevistados, seguido dos ansiosos, correspondendo a 25,7% e depois dos pouco ansiosos equivalendo a 4,2%. Em uma análise geral sobre ansiedade temos que 76,8% sofrem do transtorno de forma significativa e com repercussões clínicas que limitam a vida.

Atinente às violências, a verbal é a mais recorrente, achando-se na própria casa o local de maior ocorrência - 73,9%. Já dentro do vínculo familiar as relações que mais geram sofrimento são: com a mãe correspondendo 39,1% dos resultados e o pai abarcando 23,8%.

Figura 1 – Tipo de agressão. Fonte: próprio autor.

Qual tipo? (171 respostas)

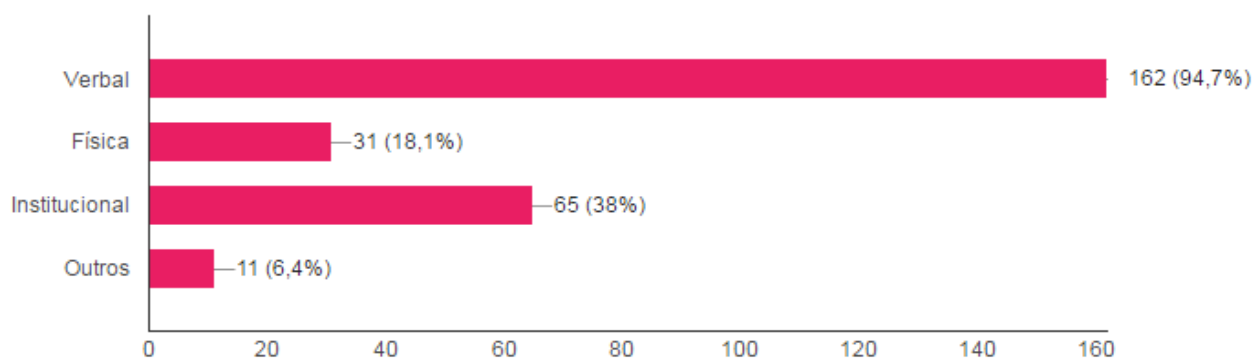
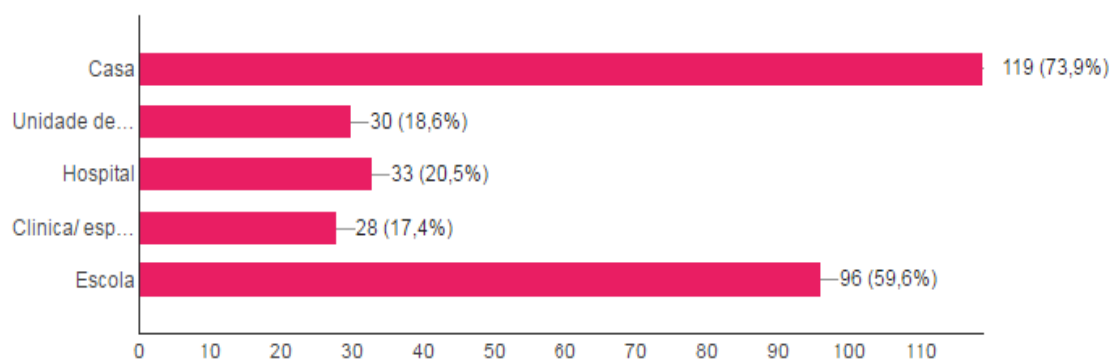


Figura 2 – Locais de agressão. Fonte: próprio autor.



Artigo

Se sim, em que lugar? (161 respostas)



Concomitantemente, estando a escola dentro do universo de respostas - 59,6% -, é possível inferir acerca da alta evasão escolar, a falta de emprego e o distanciamento social como pontos que culminam em doenças físicas e mentais de grande relevância para a saúde pública e com grande impacto socioeconômico. Segundo Ceccarelli (2008), o sofrimento psíquico da pessoa transexual se encontra no sentimento de inadequação entre a anatomia do sujeito e o seu “sexo psicológico” como de outro lado entre o “sexo psicológico” e a sua identidade civil. Esta lhe é negada pela sociedade.

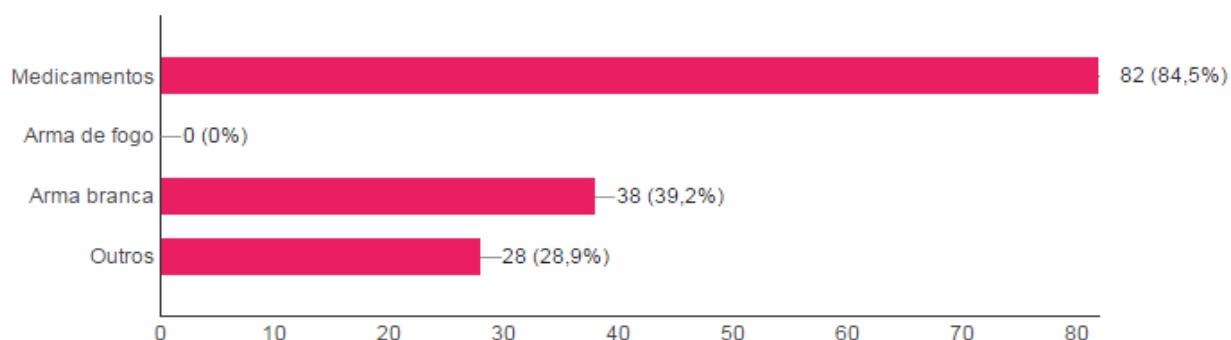
A porcentagem de homens transexuais que já atentaram ao menos uma vez contra a própria vida foi de 41,5%, sendo que 21,4% já tentaram suicídio mais de cinco vezes, um número bastante superior ao da população geral - de 3% - segundo dados do Centro da Valorização da Vida – CVV de 2012. O uso abusivo e intencional de medicamentos é o método mais utilizado durante as tentativas equivalendo a 84,5%. O segundo meio mais empregado é a arma branca com 39,2% das tentativas. Abaixo temos um gráfico exemplificando os métodos de suicídio mais utilizados:



Artigo

Figura 3 – Meio de autoagressão. Fonte: próprio autor.

Se sim, a tentativa de suicídio se deu por qual meio? (97 respostas)



DISCUSSÃO

Uma vez que a sociedade e a família são notáveis fontes de agressão e violência, 66,9% dos entrevistados prefere passar a maior parte do tempo em suas residências ou reunidos entre pessoas que vivenciam as mesmas situações conflitantes. Logo, a pesquisa chegou a conclusão que grande parte da população de homens transexual não conseguiu retificar seus nomes e muitos tiveram problema em relação a empregabilidade por este motivo. Para Foucault (1987), além de outras questões sociais e familiares esse panorama se configura como relações de poder em todos os níveis sociais nas práticas cotidianas entre sujeitos e suas instituições.

A relação com a família é ruim ou quase ruim, sendo o ambiente familiar gerador de sofrimento psíquico e com inexistência de acolhimento, corroborando com Bordo (1997) que fala sobre as formas históricas predominantes de individualidade, desejo, masculinidade e feminilidade são estabelecidas em dado momento e podem se cristalizar por muitas gerações. Ademais, para Connell (2009), determinadas sociedades consideram o gênero dos sujeitos como estáticos e normatizados dentro do contexto familiar e cultural. Todos esses fatores reunidos sendo altamente geradores de doenças e sofrimentos mentais que dificultam ainda mais a ressocialização dessas pessoas.



Artigo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho possibilitou compreender a necessidade dos homens transexuais no Brasil de políticas públicas de inserção social, uma vez que estes passam por situações de vulnerabilidade familiar e social que finda em diversas carências e traumas e, por fim, no adoecimento físico e mental. As instituições como o Sistema Único de Saúde, as escolas e as empresas públicas e privadas que deveriam garantir cidadania são, junto à família, as maiores violadoras de direitos.

A violência e o não respeito ao nome social, como também a negação ao direito a identidade de gênero, é recorrente; o que resulta em baixa autoestima e sofrimento mental. Estes, incapacitantes do ponto de vista social e laboral. Por outro lado, a repulsa dos familiares é principal fator que gera sofrimento mental entre os pesquisados, sendo o segundo local mais ultrajante, a escola.

Este trabalho traz uma gama de conhecimentos acerca do perfil dos homens transexuais bem como sobre fatores que fomentam a doença mental dentro desta população. Sendo, portanto, ferramenta indispensável aos psiquiatras e psicólogos na formação de um atendimento humanizado. Vale registrar as dificuldades durante a pesquisa uma vez que o acesso aos transexuais do Brasil não é fácil. Logo, é recomendável que novas e urgentes pesquisas sejam feitas no intuito de embasar a criação de políticas públicas de assistência a esse público.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Guilherme Silva de; HEILBORN, Maria Luiza. “Não somos mulheres gays: identidade lésbica na visão de ativistas brasileiras”. **Gênero: Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero** – Nuteg, v. 9, n. 1, p. 225-249, jan./jun. 2009.

ALMEIDA, Guilherme. HOMENS TRANS’: NOVOS MATIZES NA AQUARELA DAS MASCULINIDADES? **Estudos Feministas**, Florianópolis, 20(2): 513-523, maio-agosto/2012

ÁVILA, Simone. **Transmasculinidades: a emergência de novas identidades políticas e sociais**. 2014.



Artigo

BENTO, Maria Berenice (2006) **A reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual/ Rio de Janeiro: Garamond, 2006

BORDO, Susan R; JAGGAR, Alison M . **Gênero, corpo e conhecimento**. Trad. Brita Lemos de Freitas. Rio de Janeiro:Record: Rosa dos Tempos, v. 1, 1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Transexualidade e travestilidade na saúde/ Ministério da Saúde, Secretária de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BUTLER, Judith. **Problemas de Gênero**: feminismo e subversão da identidade; Trad. Renato Aguiar. – 2º ed. – Rio de Janeiro: civilização Brasileira, 2008.

CONNEL, Raewyn. Gender – *In World Perspective*.2. ed. Cambridge: Polity Press,2009.

CECCARELLI, Paulo Roberto. **Transexualismo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

CECCARELLI, Paulo Roberto. **A construção da masculinidade in Percurso, São Paulo, Vol. 19, p.49-56, 1998.**

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**1. A vontade de saber. 18ª edição. São Paulo: Edições Graal. 2007.

FOUCAULT, M. (1994). **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (originalmente publicado em 1963)

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão; tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, 1987.



Artigo

Instituto Brasileiro de Transmasculinidades (IBRAT). Disponível em:
<institutoibrat.blogspot.com/p/saiba-mais-sobre-transhomens.html>. Acesso em 04
Abril 2016.

LARA, Lucia A. S. Transtornos da identidade de gênero: o que o ginecologista precisa
saber sobre transexualismo. Serviço de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo – USP – Ribeirão Preto (SP),
Brasil, 2013

MOSCOVICI, S. (2003). Representações sociais: investigações em psicologia social.
Petrópolis: Vozes.

MERRY, Emerson. **Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm
da vida cotidiana e da rua**, Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2012.

NERY, Joao W. **Viagem solitária: Memórias de um transsexual, 30 anos depois**,
Leya Brasil, 2011.

NEWTON, Esther. Lemythe de la lesbiennemasculine: Radclyffe Hall et la Nouvelle
Femme. **CahiersduGenre**, Paris, n. 45, 2008. P. 15-42.

PELLEGRIN, Nicole; BARD, Cristine. Femmes travesties: um “mauvais genre” –
Introduction. **Clio.Historie, femmes etsocietés**. N.10,p.2-8,1999.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas,
1989.

SCOTT, Joan. **Gênero**: uma categoria útil de análise histórica. In: Revista Educação e
Realidade. Porto Alegre: UFRGS, 1990.

SOUZA, Roberto C M. Saúde e direitos humanos. Disponível em:
<http://saudeedireitos.blogspot.com.br>. Acesso em 29 de maio de 2016.



Temas em Saúde

Volume 18, Número 1

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2018

Artigo

Supremo Tribunal Federal – Disponível em:

<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=370951> Acesso em 09/03/2018

TORRES, Ana Raquel Rosas et al. Psicologia Social



HOMENS TRANSEXUAIS: INVISIBILIDADE SOCIAL E SAÚDE MENTAL

Páginas 428 a 444

444



Temas em
Saúde