



Temas em
Saúde

VOLUME 19

NÚMERO 4

ISSN: 2447-2131

João Pessoa, 2019

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

Fernanda Shizue Nishida
UNICESUMAR - Maringá - PR

Dra. Francisca Bezerra de
Oliveira
UFCG - 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

1 ALTERAÇÃO DA MICROBIOTA INTESTINAL E PATOLOGIAS ASSOCIADAS: IMPORTÂNCIA DO USO DE PREBIÓTICOS E PROBIÓTICOS NO SEU EQUILÍBRIO 8

Débora Gomes de Sousa Araújo, Larruama Priscylla Fernandes De Vasconcelos, Ana Karla Bezerra da Silva Lima, Alexsandra de Moraes Martins, Erika Epaminondas De Sousa, Gabriela Miron de Sousa Vasconcelos

2 ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO CÂNCER DE MAMA EM MARINGÁ-PR 27

Arthur Arenas Périco, Hysla Lira de Souza, Marcela Funaki dos Reis, Fernanda Shizue Nishida, Ana Maria Silveira Machado de Moraes, Clarissa Torresan

3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PREVENÇÃO DE PNEUMONIA EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA 41

Anne Dutra Forte, Hellen Renatta Leolpodino Medeiros, Ana Paula Dantas da Silva Paulo, Kléver Forte de Oliveira, Sheila da Costa Rodrigues Silva

4 ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ATENDIMENTO INTEGRAL A BEBÊS COM A SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA 55

Ana Lúcia Soares Cota, Isabela Moreira Pio, Millena Jacinto de Oliveira, Vivianny Kelly Galvão

5 CARCINOMA ESPINOCELULAR EM COURO CABELUDO: RELATO DE CASO 65

Victor Maia Vieira, Umberto Joubert

6 COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES ESCOLARES: DIFERENÇAS QUANTO AOS GÊNEROS 77

Nayra Suze Souza e Silva, Andrey Wendel Santana Figueira, Marise Fagundes Silveira, Carla Silvana de Oliveira e Silva, Rosângela Ramos Veloso Silva



Temas em Saúde

7 CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE ENFERMEIROS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE **95**

Elis Bezerra Araújo, Francisco Andesson Bezerra da Silva, Maura Vanessa Silva Sobreira, Samira Alves Braga, Edjane Leite Santos, Gilsandra de Lira Fernandes

8 DESAFIO AO ENFERMEIRO NAS AÇÕES ASSISTENCIAIS E GERENCIAIS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA **116**

Maria Fabiana Lucindo da Silva, Erica Surama Ribeiro César Alves, Elineide de Medeiros Santos

9 DISTÚRBIOS COGNITIVOS NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: ASSOCIAÇÃO ENTRE NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, QUALIDADE DE VIDA, PREVALÊNCIA DE TABAGISMO E ALCOOLISMO **133**

Danilo Francisco da Silva Marçal

10 ENFERMAGEM E OS CUIDADOS PALIATIVOS COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CÂNCER: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA **159**

Gislaine Grasielle Arante Félix, Cristina Costa Melquiades Barreto, Sheila da Costa Rodrigues Silva, Ana Paula Dantas da Silva Paulo

11 FATORES ESTRESSORES ENTRE DISCENTES DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR **175**

Aleudo Alves Coêlho, Francisco Carneiro Braga, Maura Vanessa Silva Sobreira, Pedro Alberto Lacerda Rodrigues, Werona de Oliveira Barbosa Fernandes, Kassandra Batista Marques de Albuquerque

12 O IMPACTO POSITIVO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA **193**

Jonas Oliveira Menezes Júnior, Francisco Carneiro Braga, Maura Vanessa Silva Sobreira, Ana Amélia da Fonseca Pinheiro de Sá, Adriana Maria Macêdo de Almeida Tofóli, Taciana Raquel Silva Sobreira



Temas em Saúde

13 A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NO PERÍODO DE LACTAÇÃO **217**

Kallyne Sousa Soares, Vanessa Meira Cintra, Débora Gomes de Sousa Araújo, Larruama Priscylla Fernandes de Vasconcelos, Ana Karla Bezerra da Silva Lima, Jorge Luiz Silva Araújo Filho

14 A IMPORTÂNCIA DA INCLUSÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DO USUÁRIO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL **231**

Gabriela Maria Ferreira Pessoa, Samira Alves Braga, Maura Vanessa Silva Sobreira, Edjane Leite Santos, Alexsandra Layani Faustino de Andrade, Adriana Maria Macêdo de Almeida Tofóli

15 INFECÇÕES VAGINAIS: EXAME CITOLÓGICO COMO MEDIDA DE VIGILÂNCIA **243**

Érica Henrique Clementino, Erta Soraya Ribeiro César Rodrigues, Ana Karla Bezerra da Silva Lima, Francisca Elidivânia de Farias Camboim

16 LÚPUS ERITEMATOSO CUTÂNEO CRÔNICO DISSEMINADO SEM COMPROMETIMENTO SISTÊMICO: RELATO DE CASO **257**

George Lucas Amaro Monteiro, Lívio e Vasconcelos do Egypto

17 NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE EM MUNICÍPIO DO SERTÃO PARAIBANO **272**

Marlira Fernandes da Silva, Francisco Andesson Bezerra da Silva, Maura Vanessa Silva Sobreira, Cassandra Batista Marques de Albuquerque, Jonas Oliveira Menezes Júnior, Rosângela Guimarães de Oliveira

18 O BULLYING E OS DANOS À SAÚDE MENTAL **290**

Emília de Rodat Ribeiro Marques, Emanuel Costa de Melo, Gilsandra de Lira Fernandes, Jonas Oliveira Menezes Júnior, Alexsandra Layani Faustino de Andrade, Rosângela Guimarães de Oliveira



Temas em Saúde

19 PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL **322**

Antonio José Barbosa Neto, Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa, Cícera Amanda Mota Seabra, Maura Vanessa Silva Sobreira

20 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS ACOMETIDOS COM FRATURA DE FÊMUR E CONDUTA DE ENFERMAGEM A ELAS PRESTADA EM UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DO SERTÃO PARAIBANO **343**

José Franklin Nunes Lima, Sheila da Costa Rodrigues Silva, Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues, Ana Paula Dantas da Silva Paulo, Lívia Maria Leite Quirino

21 PREVENÇÃO DO SUICÍDIO PELOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA: PRÁTICAS E DESAFIOS **359**

Esthéfanny Jorge Ribeiro, Maria Thereza da Silva Gonçalves, Mayara Dias de Souza, Maura Vanessa Silva Sobreira, Francisco Andesson Bezerra da Silva

22 PREVENÇÃO E CUIDADOS AO PACIENTE ADULTO COM DIABETES MELLITUS **376**

Kalyane Souza Amarante, Aliny Clegia Trindade, Edil Bezerra Santos, Luzia Maria Santos da Silva, Paloma Keila de Medeiros, Maria Mirtes da Nóbrega

23 QUALIDADE DE VIDA DE MÉDICOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA BRASILEIRA **384**

Juliana Cunha Rocha, Valdete Maria Ruiz

24 REDE CEGONHA E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE: ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO NO ESTADO DO MARANHÃO **407**

Arleane Débora dos Santos Gonçalves, Francisca Thamires Lima de Sousa, Kezia Cristina Batista dos Santos, Danubia Rodrigues Santos, Camila Jane Mota Pereira

25 RELAÇÃO DO NÍVEL DA ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSOS COM CONDIÇÕES DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E DO SONO **434**



Temas em Saúde

Fátima Ferretti, Maria Paula Maia dos Santos, Marcia Regina da Silva

26 SEGURANÇA DO PACIENTE: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS DA CLÍNICA MÉDICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO **454**

Samira Alves Braga, Francisco Andesson Bezerra da Silva, Karla Kette Dias do Nascimento, Apoliana Ferreira de Araújo, Alexsandra Layani Faustino de Andrade, Mauricelia Moreira de Abrantes Cartaxo

27 VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PERSPECTIVAS DE ENFERMEIROS DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA **472**

Maura Vanessa Silva Sobreira, Maria Thereza da Silva Gonçalves, Mayara Dias de Souza, Esthéfanny Jorge Ribeiro, Francisco Andesson Bezerra da Silva

28 EUTANÁSIA EM CÃES COM PATOLOGIAS GRAVES: IMPACTOS EMOCIONAIS E PERCEPÇÃO DOS RISCOS E BENEFÍCIOS **485**

Irene Aparecida Gomes, Camila Cortellete Pereira da Silva, Rute Grossi Milani, Gilberto Cezar Pavanelli



Artigo

ALTERAÇÃO DA MICROBIOTA INTESTINAL E PATOLOGIAS ASSOCIADAS: IMPORTÂNCIA DO USO DE PREBIÓTICOS E PROBIÓTICOS NO SEU EQUILÍBRIO

ALTERATION OF INTESTINAL MICROBIOTA AND ASSOCIATED PATHOLOGIES: IMPORTANCE OF THE USE OF PREBIOTICS AND PROBIOTICS IN THEIR BALANCE

Débora Gomes de Sousa Araújo¹
Larruama Priscylla Fernandes de Vasconcelos²
Ana Karla Bezerra da Silva Lima³
Alexsandra de Moraes Martins⁴
Erika Epaminondas de Sousa⁵
Gabriela Miron de Sousa Vasconcelos⁶

RESUMO - A parede intestinal abriga tanto bactérias benéficas quanto patogênicas, e para que o intestino tenha um funcionamento ótimo é preciso que haja um equilíbrio entre estas populações, dessa forma, esse trabalho tem por objetivo mostrar a relação do desequilíbrio da microbiota com algumas patologias e os efeitos funcionais dos probióticos e prebióticos no equilíbrio da flora intestinal. Tratou-se de uma revisão bibliográfica, de caráter descritivo e abordagem qualitativa dos dados, onde foram incluídos artigos dos anos 2005 a 2018, dando preferência aos mais atuais. O seu processo

¹ Nutricionista, Especialista em Nutrição Clínica e Funcional pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP, e-mail: deboragomesdesousa1994@gmail.com.

² Nutricionista, Especialista em Nutrição Esportiva pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP, e-mail: larruama_priscylla@hotmail.com.

³ Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos - UNISANTOS, e-mail: lima.anakarla@gmail.com

⁴ Biomédica, Mestre em patologia pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, e-mail: alexsandramartinspb@gmail.com

⁵ Mestre em Ciências da Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB, e-mail: nutrierika1@gmail.com.

⁶ Nutricionista, graduada pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP, e-mail: gabimiron742@gmail.com.



Artigo

de formulação se deu através de buscas por literaturas científicas, através das bases de dados Scientific Electronic Library Online, Literatura Latino americanas e do Caribe, Google acadêmico, nas línguas portuguesas e inglesas, tendo como descritores: microbiota intestinal, disbiose, desequilíbrio, prebióticos e probióticos. A microbiota intestinal desempenha influência significativa tanto na saúde, quanto na doença. O desequilíbrio, conhecido por disbiose pode ser ocasionado por fatores internos ou externos ao hospedeiro, incluindo o tipo de parto, a alimentação, o uso de antibióticos, de prebióticos e de probióticos, fatores genéticos, idade, estresse, entre outros. A disbiose pode ocasionar diversas doenças, entre elas a obesidade, constipação e depressão. Estudos mostram que a modulação da microbiota com o uso de probióticos e prebióticos pode prevenir e até mesmo ser usados no tratamento dessas doenças. Percebe-se o grande papel que a microbiota intestinal possui na manutenção normal das funções do organismo, influenciando assim na prevenção ou surgimento de doenças. Dessa forma, existe uma necessidade de manter seu equilíbrio que pode ser por uma suplementação da dieta com probióticos e prébióticos.

Palavras-chave: Microbiota intestinal; Disbiose; Desequilíbrio; Probióticos e Prebióticos

ABSTRACT - The intestinal wall houses both beneficial and pathogenic bacteria, and for the intestine to function optimally, there must be a balance between these populations, so this work aims to show the relationship of the microbiota disequilibrium with some pathologies and the functional effects of probiotics and prebiotics in the intestinal flora balance. It was a bibliographical review, descriptive character and qualitative approach of the data, which included articles from the years 2005 to 2018, giving preference to the most current ones. Its formulation process was carried out through searches for scientific literature, through the Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Latin American and Caribbean Literature (LILACS), and academic Google, in the Portuguese and English languages, with the following descriptors: intestinal microbiota, dysbiosis, imbalance, prebiotics and probiotics. The intestinal microbiota plays a significant role in both health and disease. The imbalance, known as dysbiosis, can be caused by factors internal or external to the host, including type of delivery, feeding, use of antibiotics, prebiotics and probiotics, genetic factors, age, stress, among others. Dysbiosis can lead to several diseases, including obesity, constipation and depression. Studies show that modulating



ALTERAÇÃO DA MICROBIOTA INTESTINAL E PATOLOGIAS ASSOCIADAS: IMPORTÂNCIA DO USO DE PREBIÓTICOS E PROBIÓTICOS NO SEU EQUILÍBRIO

Páginas 8 a 26

Artigo

the microbiota with the use of probiotics and prebiotics can prevent and even be used in the treatment of these diseases. It is possible to observe the great role that the intestinal microbiota has in the normal maintenance of the functions of the organism, thus influencing the prevention or emergence of diseases. Thus, there is a need to maintain their balance which may be by supplementing the diet with probiotics and prebiotics.

Keywords: Intestinal microbiota; Dysbiosis; Imbalance; Probiotics and Prebiotics.

INTRODUÇÃO

O trato gastrointestinal (TGI) é um complexo ecossistema suas células, nutrientes provenientes da dieta e microrganismos colonizadores interagem, assegurando a homeostasia intestinal e um equilíbrio dinâmico que permite o desenvolvimento saudável do hospedeiro (CARDOSO, 2016).

No intestino a microbiota é um conjunto de microrganismos que colonizam este órgão, chamado de flora. Estas populações estão localizadas entre a mucosa e o lúmen intestinal (BEDANI; ROSSI, 2009; TOMAS; GREER, 2010).

Os filos colonizam o TGI humano são: Firmicutes, Bacteroidetes, Proteobacteria e Actinobacteria que representam 98% da microbiota intestinal (LOPETUSO et al., 2014). Estima-se que 30-40 espécies de bactérias dominam o ecossistema da microbiota intestinal, nas quais compreendem os gêneros Bacteroides, Bifidobacterium, Eubacterium, Fusobacterium, Clostridium e Lactobacillus (MCLOUGHLIN; MILLS; 2011).

Assim, a parede intestinal abriga tanto bactérias benéficas quanto patogênicas, e para que o intestino tenha um funcionamento ótimo é preciso que haja um equilíbrio entre estas populações (ROCHA, 2015).

O desequilíbrio ocasionado por fatores internos ou externos ao hospedeiro, incluindo o tipo de parto, a alimentação, o uso de antibióticos, de prebióticos e de probióticos, fatores genéticos, idade, estresse, entre outros se reflete na modificação desta microbiota, ocorrendo diminuição de bactérias benéficas e aumento de patógenos, caracterizando um quadro de disbiose (ZHANG et al., 2015).

A disbiose além de provocar sintomas como gases, diarreia ou constipação também está relacionada com doenças cardiovasculares, síndromes metabólicas e desordens do sistema nervoso central (MILLION et al., 2012; PALAU-RODRIGUES et



Artigo

al, 2015). Dessa forma, a microbiota intestinal desempenha um papel importante na função normal do intestino e manutenção da saúde do hospedeiro. Influenciando não só nas doenças gastrointestinais, mas a microbiota intestinal saudável e microbiologicamente equilibrada resulta em um desempenho normal das funções fisiológicas do hospedeiro, o que irá assegurar melhoria na qualidade de vida. Auxiliando na digestão e absorção de nutrientes, produzindo vitaminas e diminuindo a proliferação de agentes patógenos, através de exclusão competitiva (SANTOS; VARALHO, 2011; RAMIREZ, 2017).

A nutrição funcional leva em consideração a importância da integridade fisiológica e funcional do trato gastrintestinal. A dieta se torna um dos fatores primordiais para manter o equilíbrio microbiano, podendo trazer benefícios para o hospedeiro ou piorando a função intestinal. A utilização dos alimentos probióticos e prebióticos está aumentando como forma de prevenção de doenças relacionadas ao intestino, pois há uma interação benéfica com a microbiota intestinal, sendo considerada uma oportunidade de melhorar a qualidade da dieta. (RODRIGUES, 2015; RAMIREZ, 2017).

Os probióticos são microrganismos vivos como (*Lactobacillus*, *Bifidobacterium* e *Streptococcus salivares*), que administrados em quantidades adequadas produzem benefícios à saúde, tais como: melhoria dos sintomas da síndrome do colón irritável, colite ulcerativa e doenças infecciosas, redução do desenvolvimento de eczema e outras alergias. A ingestão de probióticos beneficia também os indivíduos saudáveis, evidências sugerem que os probióticos tem função de reduzir o risco de doenças infecciosas e infecções do trato respiratório superior (WEICHSELBAUM, 2009; SANDERS et al., 2013).

Os prebióticos são ingredientes alimentares que são capazes de inibir a multiplicação de patógenos, atuando no intestino grosso em sua maioria, após fermentação, promove mudanças na composição e/ou atividade de bactérias gastrointestinais, alterando a microbiota, conferindo benefícios à saúde do hospedeiro. Alguns exemplos de prebióticos são: galacto-oligossacarídeos, xilo-oligossacarídeos, fruto-oligossacarídeo, inulina, fosfo-oligossacarídeos, isomalto-oligossacarídeos, lactulose e pectina (RAMIREZ, 2017).

Dessa forma, diante do exposto, esse trabalho objetivou mostrar a relação do desequilíbrio microbiota com algumas patologias e os efeitos funcionais dos probióticos e prebióticos no equilíbrio da flora intestinal.



Artigo

METODOLOGIA

Tratou-se de uma pesquisa de revisão da literatura, de caráter descritivo, qualitativo. As bases de dados investigadas para a pesquisa foram: ScientificElectronic Library Online (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS e Google acadêmico, tendo como descritores: microbiota intestinal, disbiose, desequilíbrio, prebióticos e probióticos.

Foram incluídos na pesquisa artigos publicados nos anos de 2005 a 2018, dando preferência aos mais atuais; em língua portuguesa e inglesa, que tenham como foco a temática pesquisada e que sejam disponíveis na íntegra e foram excluídos aqueles que não fossem conforme qualidade e relevância do tema abordado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Microbiota intestinal

O sistema gastrointestinal é o segundo maior sistema do corpo, sendo indispensável para proteção ao organismo contra o meio externo. Uma vez que nele habitam um conjunto de microrganismos denominado microbiota intestinal (FLINT et al., 2012; WEISS; HENNET, 2017).

Esse ecossistema é composto de inúmeros gêneros, espécies e cepas bacterianas que proporcionam uma variedade de atividades. Dentre as espécies de microrganismos mais prevalentes encontram-se as bifidobactérias, como a *Bifidobacterium bifidum*, e os lactobacilos, como o *Lactobacillus casei*, consideradas benéficas ou probióticas; entretanto, bactérias como a *Escherichia coli* e o *Clostridium perfringens*, por exemplo, apesar de compor o microambiente intestinal são consideradas patogênicas, quando em desequilíbrio colônico (LEITE et al., 2014; MAIA; FIORIO; SILVA, 2018).

A proliferação das espécies ao longo do tubo digestório não é uniforme, sendo pouco presente no estômago e intestino delgado devido à ação bactericida do suco gástrico, da bile, secreção do pâncreas e forte peristaltismo do intestino. Na região do cólon, contrariamente às outras regiões no trato digestivo, está concentrada a maior parte da microbiota, o que é favorecido pela ausência de secreção enzimática, riqueza de nutrientes e baixo peristaltismo (LEITE et al., 2014).



Artigo

A instalação flora intestinal inicia-se logo após o nascimento, onde o recém-nascido entra em contato com microrganismos presentes na mãe (canal vaginal, região perineal) e no meio ambiente. A partir dos dois anos de idade, sua composição torna-se estável, sendo alcançada a comunidade flora tipo adulto. A partir deste período, embora a microflora intestinal permaneça em interação permanente com microrganismos do meio ambiente, a sua composição mantém-se estável ao longo da vida adulta e depende do equilíbrio entre bactérias benéficas e patogênicas (DELZENNE; NEYRINCK; CANI, 2011).

Como a parede intestinal abriga tanto bactérias benéficas quanto patogênicas, e para que o intestino tenha um funcionamento ótimo é preciso que haja um equilíbrio entre estas populações (ROCHA, 2011).

O equilíbrio da microbiota intestinal é dependente de características como (idade, gênero, origem genética), das condições ambientais (estresse, medicamentos, cirurgias gastrointestinais, agentes infecciosos e tóxicos) e de mudanças na dieta (DELZENNE; NEYRINCK; CANI, 2011).

Entre as funções da microbiota, pode-se destacar: funções antibacterianas, imunomoduladoras e metabólico-nutricionais. Além, disso a microbiota intestinal saudável forma uma barreira contra os microrganismos invasores, potencializando os mecanismos de defesa do hospedeiro contra os patógenos, melhorando a imunidade intestinal pela aderência a mucosas e estimulando as respostas imunes locais. Auxiliam também na digestão, pois as bactérias continuam a digestão de alguns materiais que resistiram a atividade digestiva prévia e vários nutrientes são formados pela síntese bacteriana e ficam disponíveis para a absorção, entre eles, a vitamina K, vitamina B12, vitamina B1 e vitamina B2 (SANTOS; RICCI, 2016).

Disbiose

Quando ocorre uma desordem na microbiota com predomínio de bactérias nocivas sobre as benéficas, tem-se um quadro chamado disbiose. A presença da disbiose provoca um desequilíbrio no organismo levando a degradação de vitaminas, inativação de enzimas, produção de toxinas cancerígenas, destruição da mucosa intestinal, acarretando em uma redução da absorção de nutrientes, aumentando a espessura da mucosa intestinal (BOAS, 2017).

Entre as principais causas do desequilíbrio da flora intestinal estão o uso de antibióticos, anti-inflamatórios, excesso de laxantes, consumo de alimentos



Artigo

industrializados e processados em grande quantidade, carne vermelha, gordura animal, baixo consumo de alimentos crus, como legumes, frutas e grãos integrais e exposição a algumas toxinas, como metais pesados etc. A idade também é um fator para que a disbiose aconteça (SANTOS; RICCI, 2016).

A disbiose além de provocar sintomas como gases, cólicas, diarreias e prisão de ventre frequentes, também está relacionada com várias doenças como constipação intestinal, desconforto abdominal, enxaqueca, excesso na produção de gases intestinais, déficits de memória, irritabilidade, diminuição de libido, dores articulares, gripes frequentes, infecções vaginais, depressão, obesidade, diabetes, alergias alimentares, diarreia infecciosa, síndrome do cólon irritável ou a doença inflamatória intestinal e também câncer. Em todas essas situações, há sinal de uma flora intestinal desequilibrada (DAVIDISON; CARVALHO, 2008, OCKHUIZEN; SUZUKI, 2014; ALMAD; MARTINEZ; SANT'ANA, 2015; THOMAS)

Microbiota intestinal e a obesidade

A obesidade tornou-se um dos mais relevantes problemas de saúde pública devido à sua alta prevalência em todo o mundo e a sua contribuição para as altas taxas de morbidade e mortalidade. Ela é caracterizada pelo aumento do Índice de Massa Corporal (IMC), $\geq 30 \text{ Kg/m}^2$, entres os fatores para seu desenvolvimento estão à interação entre genética, fatores ambientais, principalmente a dieta (alta ingestão de energia) e o nível de atividade física (baixo gasto energético), são considerados os principais contribuintes para o desenvolvimento da obesidade. Porém, a composição da microbiota intestinal pode influenciar na obesidade, pois esta pode ser diferente em pessoas eutróficas e obesas (MOREIRA et al., 2012; BERNHARD, 2013; BORONI; SANTOS; RICCI, 2016).

A microbiota intestinal humana é composta predominantemente de dois filos: Firmicutes que são bactérias gram-positivas e as Bacteroidetes, que são as gram-negativas. De acordo com pesquisas e estudos, foi possível perceber um predomínio do filo Firmicutes em quantidade elevadas em ratos e pessoas obesas, sua relação com a obesidade está na maioria das vezes relacionadas ao fato dessas bactérias converterem carboidratos complexos, que usualmente não digerimos, em açúcares simples como a glicose e conseqüentemente gerar acúmulo de gorduras (VARALHO, 2008; SANTOS; RICCI, 2016).

Dessa forma, a microbiota de indivíduos obesos pode ser mais eficiente em extrair energia a partir de uma determinada dieta do que a microbiota de indivíduos normais.



Artigo

Uma vez que o microbioma de um indivíduo obeso tem uma maior proporção de Firmicutes e, correspondentemente, uma menor de Bacteroidetes. (KARLSSON et al., 2013; AGGARWAL et al., 2013; SCHMIDT et al., 2017).

Entre as mudanças ligadas à maior extração de energia estão: a fermentação microbiana de polissacarídeos dietéticos que não podem ser digeridos pelo hospedeiro, a absorção intestinal subsequente de monossacarídeos e ácidos graxos de cadeia curta, a sua conversão em lipídios mais complexos no fígado e a regulação microbiana dos genes que promovem a deposição de lipídios em adipócitos (LEY et al., 2006; TURNBAUGH et al., 2006; MUÑOZ; DIAZ; TINAHONES, 2016).

Há estudos realizados em ratos, que mostram que os microrganismos que povoam o intestino dos ratos obesos têm uma maior capacidade de extrair energia dos alimentos, visto que a colonização do intestino estéril de ratos com populações microbióticas de ratos obesos, aumenta mais as gorduras corporais, do que os com microbiota de magros. Ley et al. (2006) mostraram que camundongos obesos possuíam microbiota 50% menos Bacteroidetes e maior proporção de Firmicutes em relação aos camundongos normais. Estudos com humanos também observou uma reduzida proporção Firmicutes em relação aos Bacteroidetes em indivíduos obesos após a perda de peso, sugerindo que a manipulação de bactérias específicas poderiam beneficiar o tratamento da obesidade (SANZ; SANTACRUZ; DALMAU, 2009; SANTOS; RICCI, 2016).

Ley e al (2006) estudaram 12 indivíduos obesos que foram divididos em dois grupos aleatoriamente, o grupo 1 recebeu uma dieta de baixa caloria com restrição de gordura o grupo 2 uma dieta com restrição de carboidratos. Houve o monitoramento da microbiota intestinal pelo período de um ano, membros da divisão dos Bacteroidetes e das Firmicutes dominaram a microbiota em 92,6%, apesar das diferenças interpessoais marcadas na diversidade das espécies. Indivíduos obesos demonstravam uma quantidade menor de Bacteroidetes e maior de Firmicutes, diferente dos magros que demonstraram quantidade maior de Bacteroidetes e menor de Firmicutes. Antes da terapia da dieta, indivíduos obesos tinham pouco Bacteroidetes e mais Firmicutes do que o controle magro. Ao longo do tempo, a abundância relativa de Bacteroidetes aumentou e a abundância de Firmicutes diminuiu independentemente do tipo da dieta. Foi então constatado que a quantidade de Bacteroidetes está relacionada com a porcentagem de perda de peso corporal, e não com mudanças no conteúdo calórico da dieta



Artigo

Microbiota intestinal e a constipação

Dentre as causas da constipação intestinal, destacam-se as dietas pobres em fibras, ingestão insuficiente de líquidos, sedentarismo ou falta de exercícios, ignorar a vontade de defecar, o uso frequente de laxantes e a tensão emocional (BEYER, 2011).

A alteração da microbiota está associada à constipação intestinal, pois um possível desequilíbrio de bactérias pode afetar o trânsito intestinal e ter como consequência a constipação (CARVALHO, 2016).

No estudo realizado por Khalif et al. (2005) eles detectaram que pacientes constipados possuem em sua microbiota intestinal um menor número de bactérias do gênero *Bifidobacterium* e *Lactobacillus* quando comparados a pacientes sem constipação intestinal.

A má digestão leva à presença de fezes putrefativas que se acumulam no cólon, liberando toxinas para todo o organismo e aumentando a concentração de microrganismos patogênicos no intestino, originando a disbiose. As bactérias benéficas da microbiota normal, que formam uma barreira contra os microrganismos invasores, ficam em minoria e as bactérias nocivas em maioria (ALMEIDA et al., 2009).

Como método de prevenção é importante a atenção especial aos casos de constipação, eructações e flatulências em excesso, que muitas vezes, são encarados como normais, sendo que a disbiose intestinal fará uma liberação crônica de toxinas para todo o organismo através de fezes putrefativas presentes no cólon, após, estas toxinas serão absorvidas pela pele, gerando problemas de saúde, assim, é importante uma flora intestinal saudável (ALMEIDA et al., 2009).

Dessa forma, a modulação da microbiota para a melhora dos sintomas de constipação é favorável. O uso de probióticos alivia os sintomas da constipação, demonstrando melhora da consistência das fezes em pacientes constipados, segundo a escala de Bristol, assim como auxiliam na redução da dor durante a evacuação e aumentam a frequência evacuatória (ARAÚJO et al., 2017).

Microbiota intestinal e depressão

A depressão é caracterizada como uma alteração bioquímica no cérebro causado pelo déficit no metabolismo de serotonina que é o principal neurotransmissor responsável pelo equilíbrio do humor e da sensação de bem-estar do indivíduo (GALHARDO; MARIOSA; TAKATA, 2010).



Artigo

Estudos têm mostrado a relação da microbiota com o que se denominada de eixo microbiota-intestino-cérebro. O Eixo Cérebro-intestino é o conjunto de complexas vias neurais e gânglios, envolvendo o Sistema Nervoso Central (SNC), o Sistema Nervoso Entérico (SNE) e o Sistema Nervoso Autônomo (SNA) (EL AIDY, 2015). O eixo intestino-cérebro está relacionado à saciedade e esta via bidirecional envolve rotas neuronais, humorais e imunológicas e acredita-se que seu desequilíbrio pode trazer consequências para a saúde do intestino e da mente, como a depressão, autismo e a encefalopatia hepática (BANKS, 2008; CRYAN; DINAN, 2012; NOGUEIRA, 2015).

Os estudos mostram uma relação entre o eixo intestino cérebro e a depressão, levando em consideração vias como: composição da microbiota digestiva, as respostas inflamatórias, alterações no eixo hipotálamo-pituitária-adrenal HPA e nos neurotransmissores (FOSTER; MCVEY NEUFELD, 2013).

Quando a microbiota fecal é comparada entre voluntários humanos saudáveis e pacientes com depressão, os últimos apresentaram, em termos de filos, um aumento dos níveis proporcionais de Bacteroidetes, Proteobacteria e Actinobacteria enquanto houve diminuição dos Firmicutes. Essa diferença foi ainda mais marcante ao nível de famílias e gêneros, com maior aumento para Enterobacteriaceae e Alistipes e níveis reduzidos de Faecalibacterium (JIANG ET AL., 2015; JOO, 2015).

Um estudo mostrou que estudantes saudáveis tinham menos lactobacilos presentes em suas fezes durante momentos extremamente estressantes em comparação com períodos menos estressantes (DINAN; CRYAN, 2013).

O uso de probióticos tem demonstrado evidências como um adjuvante para o tratamento psiquiátrico de ansiedade e depressão (BRAVO et al., 2012).

Estudos mostram que os gêneros Lactobacillus e Bifidobacterium têm sido benéficamente usados como probióticos, pois estão ligados à produção de GABA (sua disfunção acarreta em sintomas de ansiedade e depressão) (BARRETT et al., 2012).

Foi demonstrado que os gêneros Lactobacillus e Bifidobacterium podem produzir GABA o principal neurotransmissor inibidor no sistema nervoso central dos mamíferos e sua disfunção acarreta sintomas de ansiedade e depressão (BARRETT et al., 2012). Em outro estudo, ratos foram tratados com Lactobacillus rhamnosus e observou-se, além da melhora no quadro depressivo, a alteração da expressão de receptores de GABA em regiões do SNC relacionadas ao estresse (FOSTER; MCVEY NEUFELD, 2013).

Outro estudo com ratos adultos submetidos precocemente à separação materna apontou uma menor intensidade dos sintomas depressivos, quando submetidos a uma terapêutica com um probiótico, neste caso Bifidobacterium infantis (GONÇALVES,



Artigo

2014). A administração de *B. infantis* também conduziu a um aumento na supressão de citocinas pró-inflamatórias e aumento de triptofano no plasma, ambos os quais foram implicados na depressão (CRYAN; O'MAHONY, 2011).

Dessa forma, com base nos estudos mostrados, o probióticos influenciam de forma positiva o humor, identificando o seu potencial antidepressivo. Assim, a modulação do eixo cérebro-intestinal está a ser visto como um alvo atrativo para o desenvolvimento de novos tratamentos para uma ampla variedade de doenças que vão desde a obesidade, humor, transtornos de ansiedade e de perturbações gastrointestinais (DINAN; CRYAN, 2013).

Modulação da microbiota intestinal

O equilíbrio da microbiota intestinal pode ser por uma suplementação da dieta com probióticos, prebióticos. O probióticos são definidos como suplementos alimentares a base de microrganismos vivos e viáveis e definidos em número suficiente para alterar a microbiota, que afetam benéficamente e promovem o equilíbrio da microbiota intestinal dos indivíduos que os consomem (SANTOS, RICCI, 2016).

Os critérios mínimos exigidos para um produto ser considerado probiótico incluem conter especificação por gênero e cepa, ser de origem humana, conter bactérias vivas, ser resistente aos processamentos tecnológicos de fabricação e ao ambiente ácido estomacal, à bile e às enzimas pancreáticas, ter capacidade de colonização e de adesão às células da mucosa intestinal, produzir substâncias antimicrobianas contra bactérias patogênicas, auxiliar na prevenção da translocação bacteriana, ser seguro ao uso humano e não apresentar patogenicidade (MONTEIRO, 2012).

Os produtos com os probióticos resistem ao processo de digestão e chegam intactos ao intestino, onde atuam de maneira positiva reduzindo os gases, auxiliando o intestino preguiçoso e as diarreias, podem beneficiar em dores musculares, problemas no estômago e doenças crônicas, modulação de mecanismos imunológicos, estímulo da motilidade intestinal; atividade anti-carcinogênica; melhora na digestão de lactose; melhor absorção de alguns nutrientes e ação hipocolesterolemiantes, entre outros (AMAR et al., 2011).

No intestino, os microrganismos probióticos se nutrem de ingredientes que foram parcialmente degradados pelas enzimas digestivas ou que foram intencionalmente adicionados à dieta, tornando-os indisponíveis aos patógenos, e por consequência, impedindo a sua proliferação (THEOPHILO; GUIMARÃES, 2008).



Artigo

Os principais microorganismos utilizados como suplementos probióticos são provenientes de mono ou multiculturas representadas principalmente por bactérias pertencentes aos gêneros *Lactobacilluse Bifidobacteriume*, em menor escala *Enterococcus e Streptococcus*. Essas bactérias têm sido abundantemente usadas em laticínios para a produtividade de leites fermentados e outros derivados lácteos, que são as fontes, mais comuns de probióticos (SAAD, 2006; STEFE et al., 2008; SANTOS, 2010; RAIZEL et al., 2011).

Os prebióticos podem ser conceituados como todo ingrediente alimentar não digerível que afeta de maneira benéfica o organismo por estimular o crescimento e/ou atividade da microbiota do cólon, fazendo prevalecer às colônias benéficas (STEFE; ALVES; RIBEIRO, 2008).

Para uma substância, ou grupo de substâncias, ser considerada como prebiótico, ela deve: ter origem vegetal; ser parte de um conjunto heterogêneo de moléculas complexas; não ser hidrolisada por enzimas digestivas; não ser absorvida na parte superior do trato gastrointestinal; ser parcialmente fermentável por colônias de bactérias e ser osmoticamente ativa (MOROTI et al., 2009).

Entre as substâncias prébioticas podemos citas a lactulose, lactitol, xilitol, insulina e alguns oligossacarídeos não digeríveis. As fibras também fazem parte da dieta prebiótica, podendo ser classificadas como solúveis e insolúveis, fermentáveis ou não fermentáveis (SANTOS; RICCI, 2016).

Componentes dietéticos prebióticos como os frutooligossacarídeos (FOS) e a inulina, por exemplo, são bastante positivos para o organismo. Sua fermentação colônica produz ácidos graxos de cadeia curta, como o propionato, o butirato e o acetato, que são importantes para o intestino, pois diminuem o pH do cólon. Esses componentes estimulam seletivamente o crescimento de bactérias benéficas no trato intestinal, principalmente as bifidobactérias e os lactobacilos, e ao mesmo tempo, são capazes de suprimir a atividade das bactérias patogênicas, como a *Escherichia coli*, o *Streptococosfaecales*, o *Clostridium perfringens* e outras (DENIPOTE; TRINDADE; BURINI, 2010).

A inulina e a oligofrutose pertencem à classe de carboidratos denominados frutanos e são considerados ingredientes funcionais, uma vez que exercem influência sobre processos fisiológicos e bioquímicos no organismo, resultando em melhoria da saúde e em redução no risco de aparecimento de diversas doenças¹ (SAAD, 2006).



Artigo

Os prébióticos podem ser encontrados em fibras dietéticas, outros açúcares não absorvíveis, álcoois do açúcar e oligossacarídeos, que são encontrados em vários alimentos como frutas, vegetais, leite e mel (SANTOS; RICCI, 2016).

Dessa forma, a dieta se constitui em fator determinante das características da colonização intestinal e uma alimentação adequada deve ser estimulada para se manter o equilíbrio da flora intestinal.

CONCLUSÃO

Percebe-se o grande papel que a microbiota intestinal possui na manutenção normal das funções do organismo, influenciando assim na prevenção ou surgimento de doenças como obesidade, constipação e depressão. Esta é influenciada por diversos fatores internos e externos, como alimentação, meio ambiente, tipo de parto, estresse, uso de medicamento, entre outros.

Fatores esses que podem ocasionar desordem na microbiota com predomínio de bactérias nocivas sobre as benéficas, surgindo assim a disbiose. O equilíbrio dessa microflora pode ser garantido através dos alimentos probióticos e prébióticos, estimulando o crescimento e atividades de bactérias benéficas, impedindo o crescimento das bactérias patogênicas. Dessa forma, a alimentação tem um papel importante, pois ela pode influenciar positivamente ou negativamente a composição da microbiota intestinal.

REFERÊNCIAS

AGGARWAL, J; SWAMI, G; KUMAR, M. Probiotics and their effects on metabolic diseases: an update. **Journal of clinical and diagnostic research: JCDR**. [s.l.], v. 7, n. 1, p. 173, 2013.

ALMEIDA, L. B. et al. Disbiose intestinal. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**. [s.l.], v. 24 n.1. p. 58-65, 2009.

ALMADA, C. N. et al. Characterization of the intestinal microbiota and its interaction with probiotics and health impacts. **Applied microbiology and biotechnology**. [s.l.], v. 99, n. 10, p. 4175-4199, 2015.



Artigo

ARAÚJO, P. G. D. et al. Efeito de uma associação de cepas probióticas contendo lactobacillus e bifidobacterium na modulação da microbiota intestinal em pacientes constipados. **Ged – Gastroenterologia Endoscopia Digestiva**, v. 36, n. 3, p.89-98. Natal, 2017.

AMAR, J. et al. Intestinal mucosal adherence and translocation of commensal bacteria at the early onset of type 2 diabetes: molecular mechanisms and probiotic treatment. **Embo Molecular Medicine**, [s.l.], v. 3, n. 9, p.559-572, 2011.

BANKS, W. A. The blood-brain barrier: connecting the gut and the brain. **Regulatory Peptides**, v. 149, n. 1-3, p. 11-4, 2008.

BARRETT, E. et al. Gamma-Aminobutyric acid production by culturable bacteria from the human intestine. **Journal of Applied Microbiology**, v. 113, n. 2, p. 411-7, 2012.

BEDANI, R; ROSSI, E. A. Microbiota Intestinal e probióticos: implicações sobre o câncer de cólon. **Jornal Português de Gastreenterologia**. v. 16, n. 1, p. 19-28. São Paulo, 2009.

BERNHARD, F. et al. Functional relevance of genes implicated by obesity genome-wide association study signals for human adipocyte biology. **Diabetologia**. v. 56, p. 311-322. Berlin, 2013.

BEYER, P.L. Tratamento Médico Nutricional para Doenças do Trato Gastrointestinal Inferior. In: MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, S. **Krause: Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 673-706.

BOAS, F.B.R.V. **Obesidade e sua possível relação com a microbiota intestinal**. 2017. 19 f. TCC (Graduação em Biomedicina), Centro Universitário de Brasília - Uniceub Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Brasília, 2017.

BORONI M.A. P. et al. Gut microbiota and the development of obesity. **Nutrición Hospitalaria**, v. 27, n. 5, p. 1408-1414. Viçosa, 2012.



Artigo

BRAVO, J.A. et al. Communication between gastrointestinal bacteria and the nervous system. **Current Opinion in Pharmacology**, v.12, p.667–672, 2012.

CARDOSO, D.S.C. **Microbiota, probióticos e saúde**. 2016. 64 f. Dissertação (Mestrado em Medicina), Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2016.

CRYAN, J. F; O'MAHONY, S. M. The microbiome-gut-brain axis: from bowel to behavior. **Neurogastroenterology & Motility**, [s.l.], v. 23, n. 3, p.187-192. 2011.

CRYAN, J. F; DINAN, T. G. Mind-altering microorganisms: the impact of the gut microbiota on brain and behaviour. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 13, n. 10, p. 701-12, 2012.

DAVIDISON, P; CARVALHO, G. Ecologia e Disbiose Intestinal. In: PASCHOAL, V; NAVES, A; FONSECA, A. B. B.L. **Nutrição Clínica Funcional: Dos princípios à prática clínica**. São Paulo. VP Editora, p. 142- 169, 2008.

DELZENNE, N. M; NEYRINCK, A. M; CANI, P. D. Modulação da microbiota intestinal por nutrientes com propriedades prebióticas: consequências para a saúde do hospedeiro, no contexto da obesidade e síndrome metabólica. **Microbial Factories Cell**, [s.l.], v. 10, n. 1, 2011.

DENIPOTE, F.G; TRINDADE, E.B. S.M; BURINI, R.C. Probióticos e prebióticos na atenção primária ao câncer de cólon. **Arquivos de Gastroenterologia**. 47, n. 1, p.93-97. São Paulo, 2010.

EL AIDY, S; DINAN, T.G; CRYAN, J.F. Gut microbiota: the conductor in the orchestra of immune–neuroendocrine communication. **Clinical therapeutics**, v. 37, n. 5, p. 954-967, 2015.

FOSTER, J. A.; MCVEY NEUFELD, K.-A. Gut–brain axis: how the microbiome influences anxiety and depression. **Trends in Neurosciences**, v. 36, n. 5, p. 305-312, 2013.



Artigo

FLINT H.J. et al. The role of the gut microbiota in nutrition and health. **Nature reviews Gastroenterology & hepatology**. [s.l.], v. 9, n. 10, p.577-589. 2012.

GALHARDO, V.A.C; MARIOSIA, M.A.S; TAKATA, J.P.I. Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. **Revista Medicina Minas Gerais**, v.20, n.1, p.16-21, 2010.

GONÇALVES, M.A.P. **Microbiota – implicações na imunidade e no metabolismo**. 2014. 41 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas), Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2014.

JIANG, H. et al. Altered fecal microbiota composition in patients with major depressive disorder. **Brain, behavior, and immunity**, v. 48, p. 186-194, 2015.

JOO, Y.E. Alteration of Fecal Microbiota in Patients With Postinfectious Irritable Bowel Syndrome:(Gut 2014; 63: 1737–1745). **Journal of neurogastroenterology and motility**, v. 21, n. 1, p. 135, 2015.

KHALIF I.L. et al. Alterations in the colonic flora and intestinal permeability and evidence of immune activation in chronic constipation. **Digestive and Liver Diseases**. [s.l.], v. 37, n. 11, p. 838-849. 2005.

KARLSSON, F. et al. Assessing the human gut microbiota in metabolic diseases. **Diabetes**. [s.l.], v. 62, n. 10, p. 3341-3349, 2013.

LEITE, L. et al. Papel da microbiota na manutenção da fisiologia gastrointestinal: uma revisão da literatura. **Boletim Informativo Geum**, v. 5, n. 2, p.54-61. Piauí, 2014.

LEY, R. E. et al. Microbial ecology: human gut microbes associated with obesity. **Nature**. [s.l.], v. 444, n. 7122, p. 1022-1023. 2006.

MAIA, P.L; FIORIO, B.C; SILVA, F.R. A influência da microbiota intestinal na prevenção do câncer de cólon. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa v. 1, n. 47, p.182-197. Catarina, 2018.



Artigo

MCLOUGHLIN, R.M; MILLS, K.H.G. Influence of gastrointestinal commensal bacteria on the immune responses that mediate allergy and asthma. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, [s.l.], v. 127, n. 5, p. 1097-1107, 2011.

MONTEIRO, J.F.C.G. **Uso de probióticos na prevenção e tratamento de doenças intestinais**. 2012. 36 f. Monografia (Graduação em Nutrição), Faculdade de Ciências da Educação e Saúde, Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2012.

MOROTI, C. et al. Potencial da Utilização de Alimentos Probióticos, Prebióticos e Simbióticos na Redução de Colesterol Sanguíneo e Glicemia. **Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 4, n. 11, p.63-67. São Paulo, 2009.

MUÑOZ, G. A; DIAZ, P. C; TINAHONES, F. J. Microbiota y diabetes mellitus tipo 2. **Endocrinología y Nutrición**, v. 63, n. 10, p. 560-568. Málaga, 2016.

MILLION, M. et al. Obesity-associated gut microbiota is enriched in *Lactobacillus reuteri* and depleted in *Bifidobacterium animalis* and *Methanobrevibacter smithii*. **International Journal Of Obesity**, v. 36, n. 6, p.817-825. França, 2012.

NOGUEIRA, B.L. **Probióticos para o tratamento de doenças neurológicas: uma revisão**. 2015. 35 f. Monografia (Especialização em Ciências Biológicas), Instituto de Ciências Biológicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015.

PALAU-RODRIGUEZ, M. et al. Metabolomic insights into the intricate gut microbial–host interaction in the development of obesity and type 2 diabetes. **Front Microbiol**, v. 6, p. 1151, 2015.

RAIZEL, R. et al. D. Efeitos do consumo de probióticos, prebióticos e simbióticos para o organismo humano. **Revista Ciência & Saúde**, v. 4, n. 2, p. 66-74. Porto Alegre, 2011.

RAMIREZ, A.V.G. A importância da microbiota no organismo humano e sua relação com a obesidade. **International Journal Of Nutrology**, v. 10, n. 4, p.153-160. São José do Rio Preto, 2017.



Artigo

ROCHA, L.P. **Benefícios dos probióticos à saúde humana.** 2011. 31 f. Monografia (Especialização) - Curso de Nutrição, Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2011.

RODRIGUES, T.P. **Possível relação entre microbiota intestinal e depressão em humanos: uma revisão de literatura.** 2015. 23 f. TCC (Graduação em Nutrição), Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2015.

SAAD, SUZANA M. I. Probióticos e prebióticos: o estado da arte. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas.** v.42, n.1, p.1-16. São Paulo, 2006.

SANDERS, M. E. et al. An update on the use and investigation of probiotics in health and disease. **Gut**, [s.l.], v. 62, n. 5, p.787-796. 2013.

SANTOS, K.E.R; RICCI, G.C.L. MICROBIOTA INTESTINAL E A OBESIDADE. **Revista Uningá Review**, v. 26, n. 1, p.74-82. Maringá, 2016.

SANTOS, T.T; VARAVALHO, M.A. A importância de probióticos para o controle e/ou reestruturação da microbiota intestinal. **Revista Científica do Itpac**, v. 4, n. 1, p.40-49. Araguaína, 2011.

SANZ, Y; SANTACRUZ, A; DALMAU, J. Influencia de la microbiota intestinal en la obesidad y las alteraciones del metabolismo. **Acta Pediatr Esp**, v. 67, n. 9, p. 437-442, 2009.

SCHMIDT, L; SODER, T. F; DEON, R. G; BENETTI, F. Obesidade e sua relação com a microbiota intestinal. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 6, n. 2, p.29-43. Caçador, 2017.

STEFÉ, C. D. A; ALVES, M. A. R; RIBEIRO, R. L. Probióticos, prebióticos e simbióticos- artigo de revisão. **Saúde e Ambiente em Revista**, v.3, n.1, p.16-33. Duque de Caxias, 2008.



Artigo

THEOPHILO, I. P. P; GUIMARÃES, N. G. Tratamento com probióticos na síndrome do intestino irritável. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v.19, n.3, p.271-281. Brasília, 2008.

THOMAS, L.V; OCKHUIZEN, T; SUZUKI, Kaori. Exploring the influence of the gut microbiota and probiotics on health: a symposium report. **British Journal of Nutrition**, v. 112, n. 1, p. 1-18, 2014.

TURNBAUGH, P. J. et al. An obesity-associated gut microbiome with increased capacity for energy harvest. **Nature**. [s.l.], v. 444, n. 7122, p. 1027- 1031, 2006.

VARAVALLO, M. A; THOME, J. N; TESHIMA, E. Aplicacao de bacterias probioticas para profilaxia e tratamento de doencas gastrointestinais. **Semina: Ciencias Biologicas e da Saude**, v. 29, n. 1,p. 83-104. Londrina, 2008.

WEICHSELBAUM, E. Probiotics and health: a review of the evidence. **Nutrition Bulletin**, v. 34, n. 4, p. 340-373, 2009.

WEISS, G. A; HENNET, T. Mechanisms and consequences of intestinal dysbiosis. **Cellular and Molecular Life Sciences**. [s.l.], v. 74, n. 16, p. 2959-2977, 2017.

ZHANG, Y. J. et al. Impacts of Gut Bacteria on Human Health and Diseases. **International Journal of Molecular Sciences**. v.16, n.4, p.7493–7519. Hong Kong, 2015.



Artigo

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO CÂNCER DE MAMA EM MARINGÁ-PR

EPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF BREAST CANCER IN MARINGÁ-PR

Arthur Arenas Périco¹

Hysla Lira de Souza²

Marcela Funaki dos Reis³

Fernanda Shizue Nishida⁴

Ana Maria Silveira Machado de Moraes⁵

Clarissa Torresan⁶

RESUMO - O objetivo deste estudo foi identificar casos de câncer de mama diagnosticados em mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Maringá-PR a fim de obter informações que possibilitem compreender o perfil dessa população e auxiliem as estratégias de prevenção. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, realizado por meio da análise de prontuários de pacientes atendidas na Clínica da Mulher do município de Maringá-PR. Foram incluídos no estudo todos os registros de atendimento de mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre o período de janeiro de 2015 e dezembro de 2015. Foram estudadas as variáveis sociodemográficas; comportamentais; biológico-hormonais e familiares. Após a coleta, os dados foram digitalizados em uma planilha do Excel® e analisados de forma descritiva, com tabelas

¹ Acadêmico de Medicina, Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: arthurperico@hotmail.com;

² Acadêmica de Medicina, Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: hysla.lira@hotmail.com;

³ Docente no departamento de Medicina, Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: marcela.reis@unicesumar.edu.br;

⁴ Docente Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde, Pesquisadora do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (ICETI), Departamento de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: fernanda.nishida@unicesumar.edu.br;

⁵ Coordenadora do Departamento de Medicina, Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: ana.machado@unicesumar.edu.br;

⁶ Docente no Departamento de Medicina, Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: clarissa.torresan@unicesumar.edu.br;



Artigo

de contagem e frequência. A prevalência de câncer de mama no serviço foi de 26 casos para cada 1000 pacientes e a faixa etária mais acometida foi entre 60 e 69 anos. Dentre as variáveis estudadas, a grande maioria não pode ser avaliada devido a incompletude de informações nos prontuários, sendo que não foram encontradas justificativas para a ausência de dados. Não se pode afirmar que tais informações não foram investigadas, mas sim que não foram registradas. Portanto, a fiscalização e orientação quanto ao correto preenchimento do prontuário deve ser implementada pelos gestores do serviço.

Palavras-chave: Câncer de Mama; Saúde Pública; Registros Médicos.

ABSTRACT - The objective of this study was to identify cases of breast cancer diagnosed in women attended by the Unified Health System (SUS) in Maringá-PR in order to obtain information to understand the profile of this population and to support prevention strategies. This is a cross-sectional, descriptive and exploratory study, carried out through the analysis of medical records of patients seen at the Women's Clinic in the city of Maringá-PR. All the records of care of women diagnosed with breast cancer between January 2015 and December 2015 were included in the study. Socio-demographic variables were studied; behavioral; biological-hormonal and family. After the data collection, the data were scanned into an Excel® worksheet and analyzed in a descriptive way, with counting and frequency tables. The prevalence of breast cancer in the service was 26 cases per 1000 patients and the age group most affected was between 60 and 69 years. Among the studied variables, the vast majority can't be evaluated due to the incompleteness of information in the medical records, and no justification was found for the lack of data. It can't be said that such information wasn't investigated, but rather that it wasn't recorded. Therefore, the supervision and guidance regarding the correct completion of the medical records must be implemented by the service managers.

Keywords: Breast cancer. Public health. Medical records.

INTRODUÇÃO

O câncer é considerado uma doença genética multifatorial, pois além da predisposição genética existe a influência ambiental sobre sua patogênese. Há, portanto,



Artigo

uma combinação entre os fatores genéticos e ambientais, sendo que essa relação pode ser estabelecida de forma direta ou indireta (CORMANIQUE et al., 2015).

A carcinogênese ocorre devido a uma perturbação na regulação do ciclo celular, causada por agentes físico, químicos e biológicos. O processo é complexo e engloba várias etapas, que resultam em alterações na expressão dos genes responsáveis pelo controle da proliferação e diferenciação celular (AMENDOLA; VIEIRA, 2005). Os genes BRCA1, BRCA2 e TP53 são alguns dos diversos genes envolvidos na estabilidade do genoma humano. Vários alelos desses genes são descritos como de alto risco para predisposição e possuem relevância clínica por estarem associados às síndromes hereditárias de câncer (SHAH, 2014).

Portanto, a identificação de história familiar de câncer e de outras variáveis associadas fornecem informações a respeito da doença e possibilitam a identificação de pacientes que se beneficiariam com o rastreamento diferenciado (GONÇALVES et al., 2010). Dados de 2010 apontam que o câncer representa a segunda causa de óbito na população geral, estando entre as principais causas genéticas de morbimortalidade no Brasil. As estimativas do Instituto Nacional do Câncer para o biênio 2016-2017 assinalam para a ocorrência de cerca de 600 mil casos novos (BRASIL, 2017).

Dentre todos os tipos de câncer que afetam a população brasileira, o câncer de mama (CM) é o tumor mais frequente nas mulheres. Para 2016 são esperados 57.960 casos novos no Brasil, com um risco estimado de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres. Deste modo, sabendo-se que 5 a 10% de todos os cânceres humanos têm origem hereditária, pode-se estimar que aproximadamente 3 mil a 5 mil novos casos serão hereditários (BRASIL, 2017).

Estudos realizados no município de Maringá/PR entre o período de 1990 a 2004 e 2000 a 2009 registraram a ocorrência de 170 e 216 óbitos, respectivamente. A comparação dos dados, levando em consideração a sobreposição do período analisado (de 2000 a 2004), demonstrou aumento de 27% na mortalidade por CM no município. Isso fica evidente pelo fato de o estudo mais recente ter registrado maior número de óbitos em um período de análise menor. Além disso, a prevalência de mortalidade por CM foi maior na faixa etária entre 30 a 59 anos e em pacientes com ensino fundamental incompleto (MATOS et al., 2010; MELO; ZURITA; SOUZA, 2009).

Frente ao exposto, o presente estudo teve por objetivo realizar um levantamento epidemiológico dos casos de câncer de mama observados em mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Maringá/PR a fim de identificar possíveis fatores de risco e estabelecer ou melhorar as estratégias de prevenção.



Artigo

MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, realizado por meio da análise do prontuário eletrônico de pacientes atendidas na Clínica da Mulher, um centro de referência do SUS especializado no atendimento de pacientes com suspeita diagnóstica de câncer de mama. Todas as pacientes com suspeita, atendidas no SUS, são encaminhadas para primeira consulta neste serviço, onde serão avaliadas e direcionadas para uma determinada conduta (clínica ou cirúrgica). Foram incluídos no estudo todos os registros de atendimento de mulheres diagnosticadas com neoplasia maligna de mama entre janeiro e dezembro de 2015.

Os registros médicos foram filtrados no sistema de prontuário eletrônico (Gestor Saúde Maringá) através da hipótese diagnóstica, queixa principal ou motivo de encaminhamento, sendo selecionadas todas as mulheres, de qualquer faixa etária, com queixas relacionadas a mama ou encaminhadas por suspeita de neoplasia. Os registros de pacientes atendidas por outras queixas ginecológicas (não relacionadas com a mama) foram excluídos.

Foram investigadas as variáveis sociodemográficas (cor, escolaridade, ocupação e estado civil); comportamentais (consumo de bebida alcoólica e tabagismo); biológico-hormonais (idade, paridade, idade que teve o primeiro filho, tempo de amamentação, obesidade, menarca, menopausa e terapia de reposição hormonal) e familiares (diagnóstico de câncer de mama em algum familiar).

Os dados foram inseridos em planilha no Excel® e a análise descritiva com tabelas de frequência foi realizada no SPSS versão 21. Para descrição dos resultados e das variáveis categóricas foram utilizadas a frequência absoluta e a porcentagem. A frequência absoluta é dada pelo número de vezes em que uma determinada variável assume um determinado valor/categoria em questão. A porcentagem é o resultado da razão entre a frequência absoluta e o tamanho da amostra, multiplicado por 100.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa e Envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário Cesumar - UniCesumar, sob o parecer substanciado de nº 1.911.494, tendo sido dispensada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por tratar-se de dados secundários.



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foi observada baixa completude dos prontuários em relação às variáveis investigadas, o que impossibilitou os pesquisadores de traçar um perfil epidemiológico das mulheres que foram diagnosticadas com câncer de mama e atendidas naquele serviço de saúde.

No período de estudo, foram atendidas 2164 pacientes com alguma queixa relacionada à mama, sendo que destas apenas 57 tiveram o diagnóstico de neoplasia maligna de mama. A prevalência de câncer de mama nessa população de 26 para 1000 pacientes.

A idade foi o único dado presente em todos os prontuários. Verificou-se que a maior incidência na manifestação do câncer de mama ocorreu entre 60 e 69 anos (17 casos) e acima dos 70 anos (13 casos). Duas pacientes manifestaram o câncer entre os 30 e 39 anos, e uma paciente manifestou a doença com idade inferior a 29 anos (Tabela 1).

Tabela 1: Faixa etária das mulheres diagnosticadas com neoplasia maligna de mama

Faixa Etária	N (%)
Inferior a 29 anos	1 (1,75%)
Entre 30 e 39 anos	2 (3,50%)
Entre 40 e 49 anos	11 (19,29%)
Entre 50 e 59 anos	13 (22,80%)
Entre 60 e 69 anos	17 (29,82%)
Maior ou igual a 70 anos	13 (22,80%)

Embora ainda existam controvérsias na literatura, sabe-se que o câncer de mama é mais frequente em mulheres acima dos 50 anos de idade e, em mulheres jovens, apresenta pior prognóstico. Esse pior prognóstico é atribuído a fatores como alto grau de diferenciação celular, expressão elevada do marcador HER2 e taxas aumentadas de comprometimento linfonodal (CHEDIAK et al., 2017).

A tabela 2 apresenta as variáveis que foram propostas para análise no estudo, no entanto devido a incompletude no preenchimento destes dados não foi possível traçar um perfil epidemiológico conclusivo sobre a população estudada.



Artigo

Tabela 2: Relação dos prontuários que continham/descreviam as variáveis estudadas

Dados/Variáveis	N (%)
Nível de escolaridade	0 (0%)
Idade da primeira gestação	0 (0%)
Número de gestações	9 (15,78%)
Número de abortos	0 (0%)
Número de natimortos	0 (0%)
Amamentação	0 (0%)
Menarca	0 (0%)
Menopausa	0 (0%)
Terapia de reposição hormonal	2 (3,50%)
Diagnóstico anterior de câncer	1 (1,75%)
Diagnóstico familiar de câncer	6 (10,52%)
Cálculo do IMC	17 (29,82%)
Profissão	1 (1,75%)
Tabagismo	8 (14,03%)
Uso de contraceptivo	0 (0%)
Consumo de álcool	0 (0%)

O nível de escolaridade das pacientes não foi relatado em nenhum prontuário. Tal fato é preocupante, visto que o grau de escolaridade da paciente está relacionado com a capacidade de se obter informações a respeito da prevenção, tanto pelo domínio de leitura quanto por melhores condições de acessar o serviço de saúde (MOLINA; DALBEN; DE LUCA, 2003).

Na maioria dos casos, o número de gestações não foi descrito e, em nenhum prontuário foi anotado a idade da primeira gestação, assim como a existência ou não de abortos, natimortos e amamentação. Informações sobre menarca e menopausa não foram encontradas, sendo que em apenas um prontuário foi relatado o questionamento sobre esse fator durante a anamnese (Tabela 2).



Artigo

As características reprodutivas da mulher relacionam-se com o risco de desenvolver câncer de mama, uma vez que esta doença, na maioria das vezes, é estrogênio dependente. As células do tecido mamário possuem receptores de estrogênio (RE) que, quando ligados a este hormônio, acionam mecanismos de proliferação celular (LIANG; SHANG, 2013). Com isso, a exposição crônica a níveis elevados de estrogênio constitui um fator de risco, tanto por sua capacidade de induzir o crescimento de células neoplásicas, presentes no tecido mamário, quanto por seu efeito genotóxico, que aumenta a taxa de mutação e pode favorecer o surgimento de novas células cancerígenas (RUSSO; RUSSO, 2006).

Com relação ao uso de terapia de reposição hormonal (TRH), poucos prontuários fizeram menção ao questionamento (Tabela 2). Nesse caso, a investigação a respeito dessa terapia é de extrema importância, visto que a ativação crônica do RE pelo hormônio está relacionada com o mecanismo fisiopatológico do CM (DIETEL, 2010).

A amamentação exerce fator protetor para o desenvolvimento de câncer de mama por meio de modificações histológicas e moleculares que ocorrem após o desmame. Essas modificações promovem uma assinatura genômica específica que difere o tecido mamário pós-lactente do tecido mamário nulíparo. Tal assinatura tem sido associada ao efeito protetor de longo prazo promovido pela amamentação (RUIZ et al., 2017). Em um dos prontuários foi encontrado relato de diagnóstico anterior de câncer (osteossarcoma). Das 6 pacientes questionadas sobre câncer familiar, 3 negaram e 3 confirmaram histórico familiar de câncer; sendo que o grau de parentesco foi especificado em 2 casos.

A investigação para o câncer hereditário é extremamente importante, pois os indivíduos e familiares acometidos possuem um risco cumulativo vital maior que o da população para o desenvolvimento de câncer. Nesses casos, a doença geralmente acomete indivíduos jovens, diferente do câncer esporádico, e apresenta pior prognóstico (MÁRQUEZ-RODAS et al., 2017; SILVA FELICIO et al., 2016). Nesse sentido, o risco de câncer de mama aumenta de acordo com o número de parentes de primeiro grau afetados e com a presença de familiares acometidos em idade jovem (geralmente com menos de 50 anos) (RONCKERS; ERDMANN; LAND, 2005).

Os genes supressores de tumor BRCA1 e BRCA2 são responsáveis pela manutenção da integridade do genoma e desempenham tal função através de vários processos celulares como o reparo de danos ao DNA (principalmente reparo de quebra de dupla fita) e regulação do ciclo celular e da transcrição. Qualquer alteração nesses genes pode comprometer o funcionamento de suas proteínas e desencadear o surgimento de células neoplásicas (SILVA FELICIO et al., 2016).



Artigo

Levando em consideração que mais de 2500 variantes patogênicas foram registradas através do sequenciamento genômico dos genes BRCA1 e BRCA2, a identificação dessas variantes e os mecanismos envolvidos em suas patogêneses (mutação gênica e/ou alterações epigenéticas em região promotora ou codificante), através da história familiar e exames laboratoriais, permitem o gerenciamento do risco e o estabelecimento de conduta e estratégias de prevenção, como a realização periódica de exames de imagem, cirurgias profiláticas e quimioprofilaxia (SILVA FELICIO et al., 2016).

Além disso, na história pessoal do paciente cabe a investigação de um diagnóstico anterior de câncer, sendo este um marcador de exposição a fatores de risco (genéticos e ambientais) que propiciem o surgimento de uma nova neoplasia (ALBERG; FISCHER, 2014).

Outros fatores como exposição à radiação, ao sedentarismo, ao consumo de álcool e ao tabagismo também representam aumento do risco para a ocorrência de câncer de mama (BATISTON et al., 2011; JERÔNIMO; FREITAS; WELLER, 2017; RONCKERS; ERDMANN; LAND, 2005).

Em apenas um caso foi identificado a profissão da paciente, impossibilitando nos demais casos a identificação de exposição laboral a agentes genotóxicos e/ou a outros fatores predisponentes.

Diversos estudos apontam que a exposição a baixas doses de radiação por longos períodos está associada a um risco maior de câncer, principalmente se a idade de início a exposição for menor que 20 anos (HSIEH et al., 2017). Além disso, indivíduos que trabalham semanalmente no período noturno possuem risco aumentado para o câncer de mama, pois a interferência em longo prazo no ritmo circadiano promove alterações epigenéticas nos genes circadianos nucleares (ERDEM et al., 2017a). Os genes circadianos regulam o ciclo celular e diversas respostas homeostáticas, incluindo a atividade das enzimas telomerasas, responsáveis pela integridade dos telômeros. Assim, a interferência no funcionamento desses genes pode desencadear uma instabilidade genômica, que é um dos mecanismos envolvidos na patogênese do câncer (ERDEM et al., 2017b).

O nível elevado de estrogênio no sangue predispõe a mulher ao câncer, sendo, portanto, um fator de risco considerável e de investigação obrigatória na abordagem ao paciente com suspeita de câncer de mama. As mulheres obesas por sua vez apresentam níveis elevados de estrogênio decorrentes da conversão de androstenediona em estrona pelo tecido adiposo. Ademais, pacientes obesos apresentam um estado inflamatório crônico induzido por citocinas pró-inflamatórias, que contribuem para o desenvolvimento



Artigo

da resistência insulínica e a hiperinsulinemia. Devido ao efeito mitogênico e antiapoptótico da insulina, o estado de hiperinsulinemia pode contribuir para o desenvolvimento de câncer de mama (BERRIEL DIAZ; HERZIG; SCHAFMEIER, 2016). No presente estudo, apenas 17 prontuários continham o cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC), demonstrando que 8 pacientes eram obesas e 3 sobrepesos. A maioria dos prontuários não continha informações sobre peso e/ou altura.

De todos os prontuários analisados, 8 continham relato de tabagismo, porém sem informações a respeito do início, tempo e quantidade/dia. Vale destacar que informações a respeito da utilização de contraceptivo e/ou consumo de álcool não foram encontradas (Tabela 2).

A metabolização hepática do álcool, por exemplo, aumenta as concentrações plasmáticas de estrogênio e produz acetaldeído como metabólito intermediário, que possui grande efeito genotóxico (SEITZ et al., 2012). Já a contribuição do tabagismo na susceptibilidade ao CM deve-se ao fato de o tecido mamário ser capaz de absorver, metabolizar e ativar carcinógenos do tabaco (hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, aminas aromáticas e N-nitrosaminas), que podem causar danos ao DNA. Nesse caso, a relação entre dose-resposta e maço/ano, bem como a idade de início do tabagismo, são os principais fatores associados ao risco da doença (CATSBURG; MILLER; ROHAN, 2015).

Embora os mecanismos fisiopatológicos dessas duas substâncias estejam parcialmente esclarecidos, evidências sugerem que o consumo de álcool e o tabagismo são fatores de risco relativamente fracos, mas que contribuem para o risco de CM por estarem associados a outros hábitos de vida prejudiciais, como má alimentação e inatividade física (KNIGHT et al., 2017).

A relação entre o uso de contraceptivos orais (CO) e o desenvolvimento de CM depende da composição e do tempo de uso do contraceptivo. Sabe-se que a maioria das neoplasias mamárias é do tipo hormônio dependente, portanto, o uso a longo prazo de pílulas contendo estrogênio aumenta o risco para a doença (CHAVEEPOJNKAMJORN et al., 2017). Além disso, estudos demonstraram que o uso de contraceptivos contendo exclusivamente progesterona não aumentou o risco para CM, comprovando a influência do estrogênio na doença (MCNAUGHT et al., 2006).

A qualidade do prontuário médico é um indicativo da qualidade dos cuidados prestados ao paciente. A incompletude dos registros médicos pode interferir na avaliação da evolução do paciente, das terapias utilizadas e na tomada de decisão pelos profissionais de saúde, visto que atualmente os serviços de saúde empregam a multidisciplinariedade



Artigo

e a interdisciplinaridade no intuito de garantir a máxima qualidade no atendimento ao paciente (DE MUL; BERG, 2007).

Em alguns casos há relatos de falta de informações que podem gerar graves consequências para o paciente, principalmente nas situações envolvendo a história da doença pregressa, alergias e uso de medicamentos (HONG et al., 2015).

A importância de manter esses documentos completos deve-se não somente ao cuidado com o paciente, mas também para a própria segurança do profissional. Isso porque o sistema jurídico baseia-se em provas documentais para julgar as acusações de negligência e/ou erro médico (THOMAS, 2009).

Além disso, estudos epidemiológicos bem conduzidos e baseados nas informações contidas nos prontuários, favorecem a identificação de fatores de risco, contribuindo para o diagnóstico e o estabelecimento de medidas preventivas, no âmbito individual e coletivo (FILHO et al., 2008).

Em relação ao câncer de mama, sabe-se que idade avançada, baixa escolaridade, nuliparidade, primeira gestação a termo após os 30 anos de idade, longos períodos de história menstrual (menarca precoce e menopausa tardia), uso de hormônios (contraceptivos e terapia de reposição hormonal), períodos curtos de amamentação, história pessoal e história familiar de câncer são fatores de risco bem estabelecidos que aumentam as chances de desenvolver a doença (BATISTON et al., 2011; JERÔNIMO; FREITAS; WELLER, 2017).

Algumas limitações do estudo foram os dados secundários incompletos e a ausência de contato dos pesquisadores com os profissionais e pacientes. Tais fatos dificultaram a construção do perfil da população estudada e a identificação dos possíveis fatores de risco associados. Desta forma, pode-se estimar um impacto negativo significativo na gestão do serviço, tanto no aspecto econômico como operacional, e na elaboração de estratégias preventivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou a incompletude dos prontuários relativa a informações dos fatores de risco discutidos. Entretanto, não se pode afirmar que os dados não foram pesquisados, mas sim que eles não estão descritos. Além disso, pode-se inferir que o prontuário das demais pacientes atendidas por outras queixas no mesmo setor também estão com dados incompletos.



Artigo

Cabe, portanto, investir em medidas educativas e de fiscalização no intuito de alertar os profissionais de saúde da importância da investigação epidemiológica adequada como mecanismo de identificação de riscos e estabelecimento de ações preventivas no âmbito individual e coletivo.

REFERÊNCIAS

- ALBERG, A. J.; FISCHER, A. H. Is a personal history of non-melanoma skin cancer associated with increased or decreased risk of other cancers? **Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.**, v. 23, n. 3, p. 433–436, 2014.
- AMENDOLA, L. C. B.; VIEIRA, R. A contribuição dos genes BRCA na predisposição hereditária ao câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 4, p. 325–330, 2005.
- BATISTON, A. P. et al. Conhecimento e prática sobre os fatores de risco para o câncer de mama entre mulheres de 40 a 69 anos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 2, p. 163–171, 2011.
- BERRIEL DIAZ, M.; HERZIG, S.; SCHAFMEIER, T. Biological Mechanisms for the Effect of Obesity on Cancer Risk: Experimental Evidence. In: PISCHON, T.; NIMPTSCH, K. (Eds.). **Obesity and Cancer**. Cham: Springer International Publishing, 2016. p. 219–242.
- BRASIL. **Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2017.
- CATSBURG, C.; MILLER, A. B.; ROHAN, T. E. Active cigarette smoking and risk of breast cancer. **International Journal of Cancer**, v. 136, n. 9, p. 2204–2209, 2015.
- CHAVEEPOJNKAMJORN, W. et al. Relationship between Breast Cancer and Oral Contraceptive Use among Thai Premenopausal Women: a Case-Control Study. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 18, n. 5, p. 1429–1433, 2017.
- CHEDIAK, A. El et al. Younger age is an independent predictor of worse prognosis



Artigo

among lebanese nonmetastatic breast cancer patients: Analysis of a prospective cohort. **Breast Cancer: Targets and Therapy**, v. 9, p. 407–414, 2017.

CORMANIQUE, T. F. et al. Chronic psychological stress and its impact on the development of aggressive breast cancer. **Einstein (São Paulo)**, v. 13, n. 3, p. 352–356, 2015.

DE MUL, M.; BERG, M. Completeness of medical records in emergency trauma care and an IT-based strategy for improvement. **Informatics for Health and Social Care**, v. 32, n. 2, p. 157–167, 2007.

DIETEL, M. Hormone replacement therapy (HRT), breast cancer and tumor pathology. **Maturitas**, v. 65, n. 3, p. 183–189, 2010.

ERDEM, J. S. et al. Mechanisms of breast cancer risk in shift workers: Association of telomere shortening with the duration and intensity of night work. **Cancer Medicine**, v. 6, n. 8, p. 1988–1997, 2017. a.

ERDEM, J. S. et al. Mechanisms of breast cancer in shift workers: DNA methylation in five core circadian genes in nurses working night shifts. **Journal of Cancer**, v. 8, n. 15, 2017. b.

FILHO, V. W. et al. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. **Physis**, v. 18, n. 3, p. 427–450, 2008.

GONÇALVES, L. L. C. et al. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres assistidas em ambulatório de oncologia. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 18, n. 3, p. 468–72, 2010.

HONG, C. J. et al. Accuracy and completeness of electronic medical records obtained from referring physicians in a Hamilton, Ontario, plastic surgery practice: A prospective feasibility study. **Canadian Journal of Plastic Surgery**, v. 23, n. 1, p. 48–50, 2015.

HSIEH, W.-H. et al. 30 years follow-up and increased risks of breast cancer and leukaemia after long-term low-dose-rate radiation exposure. **British Journal Of Cancer**, v. 117, n. 12, p. 1883-1887, 2017.



Artigo

JERÔNIMO, A. F. de A.; FREITAS, Â. G. Q.; WELLER, M. Risk factors of breast cancer and knowledge about the disease: an integrative revision of Latin American studies. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 135–149, 2017.

KNIGHT, J. A. et al. Alcohol consumption and cigarette smoking in combination: a predictor of contralateral breast cancer risk in the WECARE Study. **International Journal of Cancer**, v. 141, n. 5, p. 916–924, 2017.

LIANG, J.; SHANG, Y. Estrogen and Cancer. **Annual Review of Physiology**, v. 75, n. 1, p. 225–240, 2013.

MÁRQUEZ-RODAS, I. et al. Frequency of breast cancer with hereditary risk features in Spain: Analysis from GEICAM “El Álamo III” retrospective study. **PLoS ONE**, v. 12, n. 10, p. 1–10, 2017.

MATOS, J. C. De et al. Mortalidade por câncer de mama em mulheres do município de Maringá, Paraná, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 30, n. 3, p. 445–452, 2010.

MCNAUGHT, J. et al. Progesterone-Only and Non-Hormonal Contraception in the Breast Cancer Survivor: Joint Review and Committee Opinion of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada and the Society of Gynecologic Oncologists of Canada. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, v. 28, n. 7, p. 616–626, 2006.

MELO, W. A. et al. Fatores associados na mortalidade por câncer de mama no noroeste paranaense. **Revista Eletrônica Saúde & Gestão**, Edição especial, p. 1809-1816, 2013.

MOLINA, L.; DALBEN, I.; DE LUCA, L. A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 2, p. 185–190, 2003.

RONCKERS, C. M.; ERDMANN, C. A.; LAND, C. E. Radiation and breast cancer: a review of current evidence. **Breast cancer research**, v. 7, n. 1, p. 21–32, 2005.

RUIZ, R. et al. Epidemiology and pathophysiology of pregnancy-associated breast



Artigo

cancer: a review. **The Breast**, v. 35, p. 136–141, 2017.

RUSSO, J.; RUSSO, I. H. The role of estrogen in the initiation of breast cancer. **Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology**, v. 102, n. 1, p. 89–96, 2006.

SEITZ, H. K. et al. Epidemiology and pathophysiology of alcohol and breast cancer: Update 2012. **Alcohol and Alcoholism**, v. 47, n. 3, p. 204–212, 2012.

SHAH, R. Pathogenesis, prevention, diagnosis and treatment of breast cancer. **World Journal of Clinical Oncology**, v. 5, n. 3, p. 283, 2014.

SILVA FELICIO, P. et al. Genetic and epigenetic characterization of the BRCA1 gene in Brazilian women at-risk for hereditary breast cancer. **Oncotarget**, v. 8, n. 2, p. 2850–2862, 2016.

THOMAS, J. Medical records and issues in negligence. **Indian journal of urology**, v. 25, n. 3, p. 384–388, 2009.



Artigo

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PREVENÇÃO DE PNEUMONIA EM
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA¹**

**NURSING ASSISTANCE FOR THE PREVENTION OF PNEUMONIA IN THE
INTENSIVE THERAPY UNIT**

Anne Dutra Forte²
Hellen Renatta Leolpodino Medeiros³
Ana Paula Dantas da Silva Paulo⁴
Kléver Forte de Oliveira⁵
Sheila da Costa Rodrigues Silva⁶

RESUMO - Pneumonia associada à ventilação mecânica é uma patologia que se encontra com frequência na unidade de terapia intensiva, onde a equipe de enfermagem é fundamental para a prevenção desta patologia, devendo começar a assistência de enfermagem após a admissão do paciente nesta unidade. Neste estudo objetivou-se demonstrar os cuidados da equipe de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva quanto à prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. Trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Patos no município de Patos – PB; a amostra foi constituída por 19 profissionais de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa; os dados foram apresentados em tabelas e analisados através de estatística simples. Os resultados mostraram que os cuidados de enfermagem

¹ Artigo apresentado às Faculdades Integradas de Patos, para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem;

² Bacharelanda em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP. E-mail: annefortte@hotmail.com;

³ Enfermeira. Especialista em Urgência e Emergência Docente das FI. E-mail: hellen.medeiros@gmail.com;

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFBP, Doutoranda em Pesquisa em Cirurgia da FCMSCSP. Docente do curso de Enfermagem das FIP E-Mail: ap-dantas@hotmail.com;

⁵ Médico. Graduado pela Universidade Federal da Paraíba. E-mail: kleverforte@yahoo.com.br;

⁶ Orientadora. Enfermeira. Docente das Faculdades Integradas de Patos - FIP. Enfermeira. Especialista em UTI. Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade Católica de Santos- SP.



Artigo

para a prevenção da pneumonia devem conter: mudança de decúbito e administração de medicamentos com maiores percentuais; revelaram que apenas 21 % da amostra sabe manusear o ventilador mecânico, e 42,1% têm orientações sobre a prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica. Apesar de a maioria dos profissionais não saber manusear o ventilador mecânico, os mesmos são cientes dos cuidados que devem ser tomados para prevenir a referida patologia. Este estudo contribui para as equipes de enfermagem e para os estudantes de enfermagem que durante a graduação terão contato com pacientes na unidade de terapia intensiva e com esse tipo de doença, além de aprimorar a assistência de enfermagem aos pacientes em cuidados críticos.

Palavras-chaves: Enfermagem; Pneumonia; Unidade de terapia intensiva; Ventilação mecânica.

ABSTRACT - Ventilator-associated pneumonia is a condition that is often found in the intensive care unit, where the nursing staff is fundamental for the prevention of this condition, and should begin nursing care after the patient's admission to this unit. This study aimed to demonstrate the care of the nursing staff of an intensive care unit regarding the prevention of ventilator-associated pneumonia. This is an exploratory, descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. The research was conducted at the Intensive Care Unit of the Patos Regional Hospital in Patos - PB; The sample consisted of 19 nursing professionals who agreed to participate in the research; Data were presented in tables and analyzed using simple statistics. The results showed that nursing care for the prevention of pneumonia should contain: change of position and administration of drugs with higher percentages; revealed that only 21% of the sample can handle the mechanical ventilator, and 42.1% have guidelines on the prevention of ventilator-associated pneumonia. Although most professionals do not know how to handle the mechanical ventilator, they are aware of the precautions that should be taken to prevent this condition. This study contributes to nursing teams and nursing students who, during graduation, will have contact with patients in the intensive care unit and with this type of disease, in addition to improving nursing care for patients in critical care.

Keywords: Intensive Care Unit; Mechanical ventilation; Nursing. Pneumonia.



Artigo

INTRODUÇÃO

As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) foram criadas a partir da real necessidade de atendimento aos pacientes em estado grave, os quais exigiam assistência de enfermagem durante todo o tempo. Tal preocupação surgiu com Florence Nightingale, durante a guerra da Criméia no século XIX, a qual selecionava pacientes graves de não graves, de forma a favorecer o cuidado mais intensivo aos que necessitavam de assistência imediata (RIBEIRO; ANJOS; OLIVEIRA, 2016). Todos os pacientes que são submetidos à internação em Unidade de terapia Intensiva necessitam de uma atenção maior, devido à gravidade do seu problema.

Nas UTI o enfermeiro é um dos principais responsáveis pelo cuidado do paciente submetido à ventilação mecânica, realizando procedimentos que auxiliam na recuperação da vitalidade dos pacientes. Durante esse processo delicado do cuidar de pacientes graves, o enfermeiro enfrenta desafios diários e até mesmo dificuldades assistenciais devido à complexidade do estado de saúde do paciente que necessita de terapia intensiva, mais especificamente, de ventilação mecânica (ROCHA et al., 2017)

A pneumonia é um dos diagnósticos mais encontrados nas unidades de terapia intensiva, e a doença sempre vem associada à ventilação mecânica. Ela pode ser diagnosticada no período em que o paciente está com intubação traqueal, até horas depois em que o tubo é retirado. Segundo Silva e Moura (2016), a pneumonia é diagnosticada em cerca de 10 a 40% dos pacientes que são submetidos a este procedimento.

Diante da grande quantidade de infecções hospitalares registradas no país nas últimas décadas, foram criadas portarias ministeriais com a finalidade de implantar comissões de controle de infecções hospitalares e padronizar as ações de prevenção e controle. Mesmo com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), ainda ocorrem muitas infecções hospitalares em todo o país, com bactérias cada vez mais resistentes aos medicamentos (SOUZA et al., 2013).

A frequência de infecções em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ainda representa grande significado epidemiológico dentro do contexto da assistência à saúde, particularmente a pneumonia associada à Ventilação Mecânica (SOUZA et al., 2013).

A Enfermagem enquanto equipe prestadora de cuidados diários ininterruptos aos pacientes graves, e atuando na execução dos procedimentos que contribuem para conservação ou recuperação de sua saúde, é coadjuvante no cumprimento das intervenções estabelecidas no bundle, principalmente no que diz respeito à manutenção do decúbito entre 30° e 45°, manutenção da higiene oral e aspiração subglótica (SILVA;



Artigo

MOURA, 2016). A equipe de enfermagem pode ser responsável pela grande mudança nos dados epidemiológicos da pneumonia nas unidades de terapia intensivas, adquirindo um plano de cuidado para todos os pacientes, assim evitando que chegue ao diagnóstico da pneumonia.

A essência da Enfermagem em cuidados intensivos não está no ambiente ou nos equipamentos especiais, mas no processo de tomada de decisão, baseada na compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do paciente, com ênfase em uma assistência segura (BARBOSA et al., 2014).

O cuidado de Enfermagem causa e revigora o bem-estar físico, o psíquico e o social e aumenta as chances de viver e progredir, bem como as capacidades para associar diferentes possibilidades de funcionamento realizáveis para a pessoa (PEREIRA et al., 2015).

A escolha deste tema deu-se durante o estágio, em que foi observado um grande número de pacientes admitidos na Unidade de Terapia Intensiva com pneumonia, a maioria deles está em ventilação mecânica. A equipe de enfermagem tem um papel muito importante na assistência ao paciente, assim fazendo com que não desenvolva a pneumonia, onde todos precisam de um cuidado redobrado para evitar que o estado clínico não se agrave mais.

Tendo em vista essa problemática, surgiram alguns questionamentos: Qual a conduta da equipe de enfermagem junto ao paciente na Unidade de Terapia Intensiva com a intenção de prevenir a pneumonia? Quando começar e terminar os cuidados a estes pacientes, uma vez que o trabalho da equipe de enfermagem é considerado muito importante para a prevenção da pneumonia em pacientes na Unidade de Terapia Intensiva? Pois, é na UTI onde encontramos aqueles pacientes com um quadro clínico crítico, necessitando mais de cuidados e atenção redobrados, e por ser a pneumonia uma patologia resistente ao tratamento, principalmente quando paciente se encontra neste estado crítico. Logo, o objetivo desse estudo é demonstrar os cuidados da equipe de enfermagem de uma UTI, quanto à prevenção da PAVM.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi do tipo exploratório, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada junto aos profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Patos – HRP no município de Patos - PB. A



Artigo

população foi constituída de 25 profissionais de enfermagem. A amostra foi realizada com 19 profissionais que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente e que estivessem presentes no período da coleta de dados nos meses de março e abril de 2018 considerando o método de amostragem não probabilístico.

Para inclusão dos voluntários na pesquisa foi necessário como critério de inclusão para pesquisa, serem profissionais de enfermagem atuante na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional de Patos. Foi utilizado como critério de exclusão, profissionais que estivessem afastados de suas atividades laborais gozando férias ou licença no período da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada através de questionário individual, com tempo de aproximadamente 10 minutos, no local de trabalho, em que pudesse tirar alguma dúvida do questionário, se necessário. Também foi realizado antes do início da coleta de dados, a leitura e esclarecimento do termo de consentimento livre e esclarecido, deixando livre a decisão dos mesmos em participarem ou não da pesquisa, podendo ainda desistir a qualquer momento, os dados foram coletados no período de março e abril de 2018.

Os dados coletados foram submetidos a análise estatística simples e disponibilizados através de tabelas, com auxílio de programas como Excel Office 2010, em que foram analisados estatisticamente no período acima descrito e fundamentado à luz da literatura pesquisada.

A pesquisa foi realizada levando em consideração os aspectos éticos em pesquisa envolvendo seres humano assegurado total sigilo das informações individuais colhidas, preconizados pela Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016) e foi aprovado sob CAAE n° 81885717.8.0000.5181 e parecer de número 2.516.389.



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1. Descrição dados sócios demográficos: Gênero, faixa etária, estado civil, formação, vínculo empregatício e tempo de trabalho. (N=19), Patos-PB.

Sócio demográfico		N	%
Gênero	Feminino	16	84,2
	Masculino	3	15,8
Faixa etária	20-30	2	10,5
	31-40	8	42,2
	41-50	7	36,8
	51-60	2	10,5
Estado civil	Solteiro (a)	7	36,8
	Casado (a)	6	31,6
	Divorciado (a)	4	21,1
	União estável	2	10,5
Formação	Enfermeiro (a)	7	36,8
	Técnico de enfermagem (a)	12	63,2
Vínculo empregatício	Efetivo	4	21,1
	Contratado	15	78,9
Tempo de trabalho	Menos de um ano	2	10,5
	1-10	10	52,6
	11-20	1	5,3
	21-30	6	31,6

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.



Artigo

De acordo com a tabela 1, em relação ao gênero, o que prevalece é o feminino com 16 (84,3%) dos participantes e 3 (15,7%) do gênero masculino. Em um estudo comparativo de Abreu, Gonçalves e Simões (2014) em relação ao perfil demográfico dos profissionais de enfermagem de uma UTI mostrou que de 29 profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa, 21 (72,41%) eram do sexo feminino e 8 (27,59%) do sexo masculino, o mesmo que mostra no estudo.

Em relação a faixa etária, entre 20- 30 anos temos 2 (10,5%) profissionais, entre 31-40 anos tem 8 (42,1%) profissionais, entre 41-50 anos tem 7 (36,8%) profissionais e entre 51-60 anos tem 2 (10,5%). De acordo com o estudo de Oliveira et al. (2015) que foi realizado também na UTI, mostrou na pesquisa um número maior de profissionais na faixa etária de 30 a 39 anos (n = 15/ 36,6%).

No quesito estado civil, a maioria são solteiros com 7 (36,8%), os casados com 6 (31,6%), divorciados com 4 (21,1%) e união estável com 2 (10,5%).

O grau de formação da maioria são técnicos enfermagem com 12 (63,2%) e enfermeiro com 7 (36,8%). Revelando que a equipe de enfermagem é liderada por um enfermeiro que coordena a atividade de vários técnicos de enfermagem. Em um estudo comparativo Abreu, Gonçalves e Simões (2014) dizem que em relação à categoria de enfermagem, foi observado que 23 (79,31%) eram técnicos de enfermagem, 5 (17,24%) enfermeiros.

Em relação ao vínculo empregatício a maioria são contratos no total de 15 (78,9%) e efetivos com 4 (21,1%). Esse resultado contradiz o estudo de Batista et al. (2016), relataram quanto ao perfil profissional dos enfermeiros pesquisados, 90,3% possuem vínculo empregatício efetivo.

Em relação ao tempo de trabalho, com menos de um ano de serviço apresentam 2 (10,5%), entre 1-10 anos apresentam 10 (52,5%) profissionais, entre 11-20 anos apresentam 2 (10,5%) profissionais, entre 21-30 anos apresentam 6 (31,6%) profissionais. Isso mostra que a maioria dos profissionais que trabalham neste setor tem uma experiência 10 anos de serviço.



Artigo

Tabela 2: Cuidados de enfermagem para a prevenção da pneumonia (N=19). Patos-PB.

Cuidados de enfermagem	N	%
Mudança de decúbito	8	47,1
Lavagem das mãos	5	29,4
Higiene oral	4	23,5
Total	17	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

A tabela 2 mostra os principais cuidados de enfermagem na prevenção de pneumonia, a mudança de decúbito com 08 (47,1%) dos procedimentos mais realizados, seguida da lavagem das mãos com 5 (29,4%) foram os cuidados mais realizados pelos profissionais na UTI. Em um estudo comparativo de Melo et al. (2014) revela-se que as mudanças de decúbito foram citadas por todos os profissionais, com um destaque para o intervalo de 2/2 horas e 3/3 horas, ambos referidos por 22 profissionais (37,93%).

Em relação à lavagem das mãos 5 (29,4%) dos profissionais assinalaram como importante. Em um estudo comparativo de Mota et al. (2014) mostram que 512 profissionais tiveram a oportunidades de higienização das mãos e suas indicações, a adesão foi de 396 (77,4%) sendo (63,7%) com água e sabão, (13,7%) foi fricção com álcool e 116 (22,6%) não realizaram a higienização das mãos.

Já em relação à higiene oral foram 4 (23,5%) dos profissionais que assinalaram. No estudo de Melo et al. (2014) revelam que 33 profissionais (56,80%) consideravam a higiene oral do paciente em ventilação mecânica importante para evitar a proliferação de microrganismos, 5 (8,62%) para a prevenção de halitose e 5 (8,62%) para observação de secreção. Outras justificações, referidas por 4 profissionais (6,90%), incluíram: conforto/bem-estar do paciente e manutenção da boa higiene da cavidade oral.



Artigo

Tabela 3: Sobre o manuseio do Ventilador Mecânico (VM) e Prevenção da Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica (PAVM). (N=19). Patos-PB.

Manusear o VM	N	%
SIM	4	21
NÃO	15	79
Total	19	100%
Orientado sobre PAVM	N	%
SIM	8	42,1
NÃO	0	0
REGULAR	11	57,9
Total	19	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Na tabela 3, no que se refere sobre o manuseio do ventilador mecânico, é possível observar que 15 (79%) dos profissionais não sabem manusear o ventilador mecânico, desde que grande maioria tem o grau de formação como técnico de enfermagem, e apenas 4 (21%) sabem manusear o Ventilador Mecânico (VM). Segundo estudo de Gonçalves et al. (2012), revelam que em relação aos cuidados com o manuseio do VM, a estratégia educativa apresentou eficácia de 43% para o grupo de intervenção para que os profissionais aprendessem a utilizá-lo.

Ainda na tabela 3, em relação à Prevenção da Pneumonia Associada a Ventilação Mecânica (PAVM), 11 (57,9%) profissionais são orientados de forma mediana sobre a PAVM e 8 (42,1%) profissionais são orientados e nenhum profissionais se sente não orientado sobre a PAVM. Um resultado surpreendente uma vez que os profissionais que trabalham na UTI têm que estarem preparados e orientados sobre a PAVM. Como é possível observar no estudo de Trevisan, Vieira, Brida (2016) em relação ao conhecimento da PAVM de todos os entrevistados, apenas 02 não soube definir a patologia, sendo esses profissionais técnicos de enfermagem.



Artigo

Tabela 4: Medidas para prevenção da PAVM: Assepsia das mãos antes e depois dos procedimentos; material de aspiração descartável; mudança de decúbito e elevação da cabeceira da cama de 30° à 45°. (N=19). Patos-PB.

Assepsia das mãos	N	%
SIM	19	100
NÃO	0	0
Material para aspiração	N	%
SIM	19	100
NÃO	0	0
Mudança de decúbito	N	%
SIM	19	100
NÃO	0	0
Cabeceira Elevada	N	%
SIM	19	100
NÃO	0	0
Total	19	100%

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Na tabela 4 no que se refere à assepsia das mãos, mostra que 19 (100%) dos profissionais de enfermagem fazem a lavagem das mãos antes e depois de todos os procedimentos. No estudo de Souza et al. (2015) revelam dados diferentes uma vez que a higienização das mãos não ocorreu em 446 (56,2 %) observações, o que é preocupante. A razão entre número de oportunidades e o número de higienização das mãos indicou taxa de adesão de 347 (43,7%), que pode ser considerada insatisfatória, apontando o risco de transmissão de infecção hospitalar.

Em relação ao material de aspiração ser descartável 19 (100%) da amostra revela que é descartável. A aspiração endotraqueal é uma técnica mecânica manual utilizada para a remoção de secreções em indivíduos que não conseguem remover adequadamente as secreções pulmonares, traqueobrônquicas e/ou orofaríngeas, rotineiramente utilizada em indivíduos que necessitam de via aérea artificial e VM. Consiste na introdução de uma sonda estéril e flexível, através da via aérea, e da aplicação de pressão sub atmosférica no momento de sua retirada, com o intuito de sugar as secreções (OLIVEIRA et al., 2015).



Artigo

Ainda na tabela 5, a respeito dos dados em relação à mudança de decúbito dos pacientes, foi possível observar que os 19 (100%) profissionais mudam o paciente de decúbito. Dados que discordam do estudo de Barbosa et al. (2014) em que foi comparando os turnos de trabalho em relação à higiene e conforto, o item com maior discordância foi mudança de decúbito. Nos períodos matutino e noturno, 32 (64%) estavam corretas, enquanto no vespertino, apenas 26 (52%).

Quanto à elevação da cabeceira da cama, 19 (100%) profissionais sempre eleva a cabeceira da cama. O posicionamento do paciente no ângulo de 30-45°, além de benefícios na melhoria da respiração do paciente, é designado como medida que deve ser adotada para prevenção da PAVM (LEAL et al., 2017). Ainda segundo o mesmo autor, foi analisado um estudo com finalidade de observar se tal medida vinha sendo realizada e o que se constatou foi que, a adesão mostrou-se mínima, principalmente à noite, onde apenas em 6,79% dos casos a medida foi relacionada.

CONCLUSÃO

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) é uma infecção onde ocorre em pacientes que estão na UTI utilizando o ventilador mecânico, é considerada uma infecção comum em todos os pacientes. Desse modo, foi visto que apesar de a maioria dos profissionais não saberem manusear o ventilador mecânico, os mesmos são cientes de cuidados que devem ser tomados para prevenção sobre a PAVM.

Para a prevenção de PAVM existem os cuidados da equipe de enfermagem, que são a mudança de decúbito, a elevação da cabeceira da cama, higiene oral, a assepsia das mãos antes e depois de qualquer procedimento, utilizar apenas uma vez o material a cada aspiração. São cuidados simples que podem fazer a diferença na recuperação dos pacientes.

A PAVM é uma infecção que pode ser prevenida, se todos os profissionais da equipe de enfermagem implantarem um plano de cuidados sobre pacientes em ventilação mecânica e colocarem em prática todos os cuidados que podem ser feitos, desse modo os pacientes irão ter uma recuperação e uma alta mais rápida.

Este trabalho contribui para as equipes de enfermagem e para os estudantes de enfermagem que durante a graduação irão ter contato com pacientes na UTI e com esse tipo de doença, além de aprimorar a assistência de enfermagem aos pacientes em cuidados críticos. Logo, neste estudo foram abordados cuidados que a equipe pode ter com os



Artigo

pacientes e assim ter a prevenção da PAVM, mostrando para os futuros profissionais que pretendem um dia trabalhar na UTI, cuidados essenciais que devem ser realizados pela equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

ABREU, R.M.D.; GONÇALVES, R.M.D.A.; SIMÕES, A.L.A Motivos atribuídos por profissionais de uma Unidade de Terapia Intensiva para ausência ao trabalho. **Rev. bras. enferm.** v.67 n.3, p. 386-93, 2014. Disponível: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n3/0034-7167-reben-67-03-0386.pdf>>. Acesso 28 maio 2018.

BARBOSA, T. P. et al. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta Paul. Enferm.** v. 27, n. 3, p. 243 - 248, 2014. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/html/3070/307031542009/>>. Acesso em: 02/11/2017.

BATISTA, L. M. A. et al. Síndrome de Burnout em enfermeiros do serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Temas em Saúde.** v.16 n.3, p.147-162, 2016. Disponível: < <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/09/16309.pdf> >. Acesso em 29 maio 2018.

GONÇALVES, F. A. F., et al. Eficácia de estratégias educativas para ações preventivas da pneumonia associada à ventilação mecânica. **Esc Anna Nery (impr.)**. v.16 n.4, p.802 – 808, 2012. Disponível: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400023 >. Acesso 28 maio 2018.

LEAL, G. A. et al. Cuidados de enfermagem para prevenção da Pneumonia associada à ventilação mecânica em unidades de terapia intensiva: uma revisão literária. **Revista Ciências Biológicas e de Saúde Unit.** v.4 n.1, p.95-108, 2017. Disponível: < <https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/view/3657> >. Acesso 29 maio 2018.



Artigo

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. – (CONEP). **Resolução nº 510/2016**, publicada em 07 de abril de 2016 sobre pesquisa em ciências humanas e sociais. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 15 .nov. 2017.

MELO, E. M., et al. Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem Referência**. v.4 n.1, p. 55-63, 2014. Disponível: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIVn1/serIVn1a07.pdf>>. Acesso 29 maio 2018.

MOTA, E. C., et al. Higienização das mãos: uma avaliação da adesão e da prática dos profissionais de saúde no controle das infecções hospitalares. **Rev. Epidemiol Control Infect.** v.4 n.1, p.12-17, 2014. Disponível: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/viewFile/4052/3379>>. Acesso em 29 maio 2018.

OLIVEIRA, L.S, et al. Conhecimento e prática do controle de higiene bucal em pacientes internados em unidades de terapia intensiva. **Revista da ABENO**. v.15 n.4, p.29-36, 2015. Disponível: <<https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/viewFile/209/186>>. Acesso 29 maio 2018.

PEREIRA, P. S. L., et al. Repercussões fisiológicas a partir dos cuidados de enfermagem ao paciente em unidade de terapia intensiva. **Rev. Pre. Infec. e Saúde**, v.1, n.3, p.55-66, 2015. Disponível em: <<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/3810>>. Acesso em: 02/11/2017.

RIBEIRO, K. R. A.; ANJOS, E. G.; OLIVEIRA, E. M. Enfermagem em ventilação mecânica: cuidados na prevenção de pneumonia. **Revista Recien**. v. 6, n. 16, p. 57-71, 2016. Disponível em: <<http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/135>>. Acesso em: 28 out. 2017.

ROCHA, A. E. F. et al. Cuidado de enfermagem ao paciente ventilado artificialmente: uma revisão integrativa. **Essentia**. v. 18, n. 1, p 41-53, 2017. Disponível em:



Artigo

<<http://www.uvanet.br/essentia/index.php/revistaessentia/article/view/35>>. Acesso em: 28 out. 2017.

SILVA, M. C. O., MOURA, R. C. M. Cuidados de enfermagem na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica: revisão integrativa. **Carpe Diem: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**. v. 14, n. 2, p. 74-85, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/854>>. Acesso em: 28/10/2017.

SOUZA, L. L. de, et al. Comissão de controle de infecção hospitalar na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica: contribuições para a enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 7 n. 11, p. 6471-6476, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/12294>>. Acesso em: 28/10/2017.

SOUZA, L. M., et al. Adesão dos profissionais de terapia intensiva aos cinco momentos da higienização das mãos. **Rev Gaúcha Enfermagem**. v.36 n.4, p.21-28, 2015. Disponível: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/49090>>. Acesso em 29 maio 2018.

TREVISAN, G. S.; VIEIRA, G. C. G.; BRIDA, R. L. Pneumonia associada à ventilação mecânica: O conhecimento dos profissionais de Enfermagem no processo de prevenção. **Revista UNINGÁ Review**. v.26 n.3, p.28-34, 2016. Disponível: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1804>>. Acesso 28 maio 2018.



Artigo

**ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
ATENDIMENTO INTEGRAL A BEBÊS COM A SÍNDROME CONGÊNITA DO
ZIKA**

**DENTAL CARE IN PRIMARY HEALTH: COMPREHENSIVE ASSISTANCE
TO INFANTS WITH CONGENITAL ZIKA SYNDROME**

Ana Lúcia Soares Cota¹
Isabela Moreira Pio²
Millena Jacinto de Oliveira³
Vivianny Kelly Galvão⁴

RESUMO - O objetivo do presente artigo é apresentar um relato de experiência de atendimento odontológico integral a bebês com a Síndrome Congênita do Zika (SCZ) de Maceió, Alagoas, Brasil. Desde fevereiro de 2017, de forma pioneira no estado, o município implantou em seus serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), a assistência odontológica precoce às crianças com diagnóstico suspeito ou confirmado de SCZ. As ações apresentam foco na educação e promoção da saúde bucal infantil, na prevenção de agravos e na interceptação precoce daqueles já instalados. No âmbito coletivo têm sido realizadas rodas de conversa e palestras voltadas para os familiares e cuidadores. No âmbito individual ocorrem os atendimentos clínicos ambulatoriais em uma unidade básica de saúde. Até o mês de maio de 2019, 41 bebês foram atendidos, sendo 22 (54%) do sexo

¹ Professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas do Centro Universitário Tiradentes (UNIT/AL). Cirurgiã-dentista da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, AL. Doutora em Ciências Odontológicas Aplicadas pela Faculdade de Odontologia de Bauru/Universidade de São Paulo (FOB/USP). E-mail: ana.cota@uol.com.br;

² Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Tiradentes (UNIT/AL), Maceió, AL. E-mail: isabelampio@hotmail.com;

³ Graduanda em Odontologia pelo Centro Universitário Tiradentes (UNIT/AL), Maceió, AL. E-mail: millena.odonto80@gmail.com;

⁴ Professora do Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas do Centro Universitário Tiradentes (UNIT/AL), Maceió, AL. Doutora em Ciências Jurídicas pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). E-mail: viviannygalvao@hotmail.com.



Artigo

masculino e 19 (26%) do sexo feminino. Na primeira consulta as crianças tinham idade média de 1 ano e 3 meses e apenas 3 (7%) apresentavam ao menos um dente cariado. Os bebês que na consulta inicial eram livres de cárie têm permanecido nesta condição e os cuidadores têm relatado uma diminuição das dificuldades inerentes à higiene bucal, refletindo em menor acúmulo de biofilme dentário visível. Além disso, a equipe tem observado um fortalecimento do vínculo dentista-família-paciente. Desta forma, conclui-se que a inserção na APS de atividades voltadas para a assistência odontológica precoce aos bebês com a SCZ revela-se uma estratégia viável para a promoção da saúde bucal infantil, com potencial de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados.

Palavras-chaves: Assistência Odontológica Integral; Atenção Primária à Saúde; Saúde Bucal; Zika Vírus.

ABSTRACT - The objective of this article is to present an experience report of comprehensive dental care to infants with *Congenital Zika Syndrome* (CZS) in Maceió, Alagoas, Brazil. Since February 2017, in a pioneering way in the state, the municipality has implanted in its Primary Health Care (PHC) services, early dental care to children with suspected or confirmed diagnosis of CZS. The actions present a focus on education and promotion of child oral health, prevention of diseases and early interception of those already installed. In the collective sphere have been carried out conversation wheels and lectures focused on the relatives and caregivers of the babies. In the individual context, ambulatory clinical care occurs in a basic health unit. By the month of May 2019, 41 babies were attended, 22 (54%) males and 19 (26%) of the female sex. In the first consultation, the children had a mean age of 1 year and 3 months and only 3 (7%) had at least one decayed tooth. It has been detected that babies who in the initial consultation were free of caries have remained in this condition and a decrease in the difficulties inherent to oral hygiene by caregivers, reflecting in less accumulation of visible dental biofilm. In addition, the team has observed a strengthening of the dentist-family-patient bond. Thus, it is concluded that the insertion in PHC of activities aimed at early dental care to infants with CZS reveals a viable strategy for the promotion of child oral health, with the potential to improve the quality of life of individuals affected.

Keywords: Comprehensive Dental Care. Primary Health Care. Oral Health. Zika Virus.



Artigo

INTRODUÇÃO

No segundo semestre de 2015, houve uma modificação no padrão de ocorrência de microcefalia no Brasil, após a constatação no Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) ter apresentado um rápido aumento no número de casos notificados como suspeitos em várias partes do Nordeste, especialmente em Pernambuco (BRASIL, 2017). O estado, muitas vezes esquecido e anônimo no âmbito internacional, rapidamente acolheu pesquisadores de diversos países indiferentes às disputas científicas internas (DINIZ, 2016).

Com o avanço das investigações, percebeu-se que além da microcefalia, alguns casos apresentavam exames de imagem cujo padrão era compatível com infecção congênita e as mães referiam quadro de exantema durante a gestação. Este cenário levou os especialistas a questionarem uma possível relação entre o aumento de casos de microcefalia e os surtos de infecção pelo Zika Vírus. Assim, no dia 26 de outubro de 2015, técnicos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde integraram uma equipe local para colaborar com a investigação epidemiológica e, no dia 11 de novembro, diante detecção de casos de microcefalia em outros estados brasileiros, o país decretou estado de emergência em Saúde Pública de importância internacional (BRASIL, 2015).

Atualmente, a comunidade científica tem apontado a microcefalia como a “ponta do iceberg” e, assim, recomenda o termo Síndrome Congênita do Zika (SCZ) para definir os possíveis sinais e sintomas apresentados por crianças nascidas de mães infectadas pelo Zika Vírus durante a gestação. Neste contexto, ressalta-se que além de calcificação intracraniana, ventriculomegalia e volume cerebral diminuído, os indivíduos afetados pela SCZ também podem apresentar alterações neurológicas, motoras, auditivas e oculares, mesmo que na ausência de microcefalia (STEVANIM, 2016; SOUZA, 2018).

Do ponto de vista odontológico, ainda são escassas as informações acerca dos possíveis comprometimentos buco-dentários em crianças com a SCZ. Especula-se que em função da dieta predominantemente pastosa e hipercalórica, associada a alterações salivares, dificuldade de realização da atividade de higiene bucal e comprometimento da mastigação e deglutição (disfagia), os indivíduos com microcefalia possuem maior risco de desenvolver cárie dentária, dentre outras alterações (CAVALCANTI, 2017; LEITE; VARELLIS, 2016; PEREIRA et al., 2017). De fato, este cenário exige a necessidade da implementação de uma assistência odontológica com a adoção de medidas preventivas e/ou interceptativas de forma mais precoce possível, considerando que o tratamento



Artigo

odontológico curativo nessa população tende a ser complexo, de difícil execução e desgastante, tanto para o paciente quanto para o profissional.

Em 2016, o Ministério da Saúde divulgou a publicação “Zika: Abordagem Clínica na Atenção Básica” a qual preconiza que os bebês acometidos pela SCZ sejam assistidos de forma integral, por meio de uma abordagem clínica multiprofissional, com ações nas áreas de saúde bucal, puericultura, atenção psicossocial e estimulação precoce do desenvolvimento neuropsicomotor, preferencialmente na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2016). Isto implicaria a diminuição de encaminhamentos dos usuários, por vezes desnecessários, para os serviços especializados, bem como a necessidade dos municípios garantirem o acesso e a articulação da rede de atenção em saúde visando a integralidade do cuidado aos acometidos por tal condição neurológica.

Dados recentes apontam que em 2018 um total de 2.819 novos casos de microcefalia e/ou alteração do sistema nervoso central sugestiva de SCZ foram confirmados no país, sendo 1.843 concentrados na região nordeste. Em especial, desde 2015, o estado de Alagoas contabiliza 105 casos confirmados de crianças com algum tipo de comprometimento no seu crescimento e desenvolvimento relacionado à infecção pelo Zika Vírus, dos quais oito evoluíram para óbito fetal ou neonatal (BRASIL, 2019). Desta forma, o objetivo do presente trabalho é apresentar um relato de experiência de assistência odontológica integral, a nível de APS, em bebês com a SCZ do município de Maceió, Alagoas, Brasil.

METODOLOGIA

Desde fevereiro de 2017, de forma pioneira no estado de Alagoas, o município de Maceió, implantou em seus serviços de APS, a assistência odontológica integral aos bebês com diagnóstico suspeito ou confirmado de SCZ, vinculados ao grupo “Ciranda do Cuidado”. Este grupo, criado em abril 2016, originou-se a partir de uma iniciativa de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde integrantes da Coordenação de Saúde da Criança, Programa Saúde da Família, Atenção Básica e Coordenação do Programa de Atenção à Pessoa com Deficiência.

As ações odontológicas têm sido desenvolvidas nos âmbitos coletivo e individual e apresentam foco na educação e promoção da saúde bucal infantil, na prevenção de agravos e na interceptação precoce daqueles já instalados.



Artigo

No âmbito coletivo são realizados encontros periódicos na sede da Secretaria Municipal de Saúde com a presença dos responsáveis legais dos bebês. Nestas ocasiões, por meio de rodas de conversa e palestras educativas, os familiares e principais cuidadores têm oportunidade de esclarecer dúvidas, compartilhar experiências e explanar dificuldades acerca dos principais cuidados com a saúde das crianças.

No âmbito individual ocorrem os atendimentos clínicos ambulatoriais em uma unidade básica de saúde do município. Nas consultas odontológicas destaca-se a humanização do atendimento, o acolhimento das necessidades de cada família e a avaliação das condições sistêmicas e/ou distúrbios associados, por meio de uma anamnese detalhada. Durante os exames físicos, realiza-se uma inspeção minuciosa da cavidade bucal da criança para avaliação da experiência de cárie dentária (índice ceo-d: número de dentes decíduos cariados, extraídos ou restaurados) e outras alterações buco-dentárias, além do reforço das orientações de dieta, instruções de higiene bucal com escovação supervisionada, confecção de abridores de boca para uso doméstico e, quando necessário, instituição de sessões de fluoroterapia e restaurações dentárias.

Dependendo da idade e do seu domínio psicomotor, o bebê é atendido posicionado em uma Macri® (maca para criança), no colo de um adulto ou, até mesmo, sentado sozinho na cadeira odontológica. Os profissionais não utilizam nenhum protocolo de contenção química, como sedação ou anestesia geral. Diante da necessidade de restringir movimentos que possam oferecer algum risco de trauma ou injúria para si e/ou para terceiros, realiza-se a contenção física do menor, sem acessórios para imobilização, apenas com a ajuda de seu responsável e da equipe auxiliar de saúde bucal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os meses de fevereiro de 2017 e maio de 2019 foram atendidas 41 crianças, sendo 22 (54%) do sexo masculino e 19 (46%) do sexo feminino. As mesmas apresentavam 1 ano e 3 meses na consulta inicial e permanecem em acompanhamento pelo serviço de saúde. Assim, além de estar em consonância com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil, a experiência relatada ao manter o foco na resolubilidade dos problemas, acaba por impactar na integralidade da atenção e na melhoria do acesso à saúde a uma parcela populacional representada por indivíduos em situação de vulnerabilidade social.



Artigo

A APS é compreendida como uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de um conjunto bastante diversificado de atividades de caráter individual e coletivo e que requerem baixa densidade tecnológica. Desta forma, espera-se que essas unidades sejam espaços com capacidade para a resolução de grande parte dos problemas de saúde apresentados pela população (LAVRAS, 2011). No que tange à atenção à saúde da criança no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), em qualquer circunstância, esta deve ser priorizada no serviço de saúde e precisa fazer parte do planejamento das ações em todos os níveis de atenção, inclusive na APS (SOUZA; DÖHMS; CARCERERI, 2012).

Sabe-se que a atenção odontológica precoce visa reduzir as chances de desenvolvimento de cárie em bebês, além da propagação de hábitos de higiene bucal, tanto nas crianças de pouca idade quanto nos pais, principais responsáveis pela educação dos filhos (OLIVEIRA; BOTTA; ROSE, 2010). Como a SCZ é uma condição relativamente recente, a literatura odontológica ainda não disponibiliza um protocolo de atendimento clínico e/ou estudos científicos que descrevam de forma confiável as possíveis alterações orofaciais e dentárias nas crianças (CAVALCANTI, 2017). Nesse sentido, a ideia da implantação de atenção odontológica precoce às crianças com a SCZ constituiu-se numa excelente oportunidade de instituir abordagens que visem minimizar os riscos e transmitir conceitos relativos às boas práticas de saúde bucal.

Em traços gerais, a condução do atendimento odontológico individual tem ocorrido conforme as orientações de Leite e Varellis (2016), os quais apontam a necessidade de uma anamnese criteriosa, consultas resolutivas e, se necessário, métodos físicos de estabilização para controle de movimentos involuntários, permitindo a realização dos procedimentos com segurança. Uma criança com microcefalia, independentemente de sua etiologia, deverá ser posicionada de forma confortável e inclinada na cadeira odontológica ou Macri[®], evitando deixá-la completamente deitada, a fim de minimizar um possível episódio de disfagia. O profissional também deve evitar movimentos bruscos e estimulação sonora e visual, uma vez que essas situações podem desencadear quadros de convulsões.

Uma relevante constatação ao longo dos dois primeiros anos de implantação da assistência odontológica a esses bebês é que apenas 3 crianças (7%) apresentaram ao menos um dente cariado na consulta inicial ($ceo-d \geq 1$). Nestes casos, seus responsáveis afirmaram que não haviam participado previamente de atividades preventivas de educação e promoção de saúde bucal, não realizavam a higiene bucal dos bebês e estes



Artigo

mamavam leite materno e/ou artificial em livre demanda durante a madrugada. Assim, foram realizadas orientações sobre a dieta e a necessidade de escovação dentária com dentifrício contendo 1.100 ppm de flúor na quantidade de um grão de arroz cru, duas vezes ao dia. Além disso, os pacientes foram submetidos a um protocolo de fluoroterapia (aplicações de verniz fluoretado sobre as manchas brancas ativas) e restaurações das cavidades dentárias com cimento de ionômero de vidro, considerando suas propriedades físicas e biológicas. O que se pressupõe é a influência de determinados fatores de risco para o desenvolvimento da cárie dentária nos indivíduos com a SCZ, como hipotonia dos músculos da face, incontinência salivar, dificuldade ou ausência de higienização da cavidade bucal e utilização crônica de medicamentos que contêm sacarose em sua composição. Isto denota que o retorno às consultas odontológicas necessita ocorrer de acordo com as necessidades individuais de cada paciente.

O constante relato da diminuição das dificuldades inerentes a higiene bucal dos bebês, refletindo clinicamente em menor acúmulo de biofilme dentário visível, associado ao resultado de que os bebês que na consulta inicial eram livres de cárie (ceo-d=0) têm permanecido nesta condição, concorrem para comprovar a efetividade das ações desenvolvidas pelo serviço. Estes achados corroboram o estudo de Tajra et al. (2005), no qual os autores constataram que após a adoção de medidas de promoção de saúde bucal houve uma melhora significativa no índice de placa bacteriana de crianças com deficiência.

No decorrer dos encontros coletivos e/ou individuais também temos observado um fortalecimento do vínculo dentista-família-paciente. De fato, um bebê com a SCZ possui limitações funcionais que irão repercutir na sua motricidade, implicando na necessidade de cuidados de terceiros. Assim, o treinamento e a colaboração dos familiares ou responsáveis é fundamental para o sucesso do tratamento odontológico e para a promoção da saúde bucal em seus primeiros anos de vida. Entretanto, Aguiar et al. (2018) alertam que pais e/ou cuidadores de pessoas com deficiência, como a relatada, têm uma intensa rotina de terapias que muitas vezes ocorrem em locais diferentes, exigindo deslocamento e estresse dos sujeitos envolvidos, o que pode comprometer a necessidade de realizar a higiene bucal das crianças.

Partindo da premissa de que novos casos de recém-nascidos com a SCZ ou outra alteração do sistema nervoso central continuam a ser notificados no país, é urgente a capacitação dos cirurgiões-dentistas da APS para lidar com essa demanda social por serviços de saúde bucal. Além do aprimoramento técnico-científico, a atenção integral à saúde da criança, particularmente àquelas com deficiência, exige dos profissionais um



Artigo

envolvimento redobrado, tendo em vista que estes precisam estar atentos a todas as condições relacionadas ao processo saúde-doença para garantir que não deixemos ninguém para trás enquanto nos movemos em direção a uma cobertura universal. Por isto, é preciso ampliar o olhar afora das questões clínicas, direcionando a visão aos diferentes contextos sociais, culturais e econômicos em que vivem as famílias (SOUZA; DÖHMS; CARCERERI, 2012; KUPER; SMYTHE; DUTTINE, 2018).

CONCLUSÃO:

Diante do exposto, concluímos que a inserção na APS de atividades voltadas para a assistência odontológica precoce aos bebês com a SCZ revela-se uma estratégia viável para a promoção da saúde bucal infantil, com potencial de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos afetados. Dessa forma, espera-se que a exitosa experiência compartilhada possa contribuir para a gestão do SUS, auxiliando na formulação de políticas públicas direcionadas e possibilitando um impacto positivo sobre a perspectiva de se discutir novos caminhos que melhorem o cuidado e o modo de garantir o direito à saúde a essa população.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Yêska et al. Chronology of the first deciduous tooth eruption in Brazilian children with microcephaly associated with Zika Virus: a longitudinal study. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, vol. 1, n. 18, e3982, 2018.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Monitoramento integrado de alterações no crescimento e desenvolvimento relacionados à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas, até a Semana Epidemiológica 52 de 2018**. vol. 50, mar. 2019.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informe Epidemiológico n° 57 – Semana epidemiológica (SE) (25 a 31/12/2016) Monitoramento dos casos de microcefalia no Brasil. 2017**. Disponível em:



Artigo

<http://www.combateaedes.saude.gov.br/images/pdf/Informe-Epidemiologico-n57-SE-52_2016-09jan2017.pdf>. Acesso em 12 de maio de 2019.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Vigilância em Saúde, Procedimentos preliminares a serem adotados para a vigilância dos casos de microcefalia no Brasil.** 2015. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/09/Microcefalia---Protocolo-de-vigil--ncia-e-resposta---vers--o-1----09dez2015-8h.pdf>>. Acesso em: 09 de junho de 2019.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Zika: Abordagem Clínica na Atenção Básica.** 2016. Disponível em: <http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/276/livro.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2019.

CAVALCANTI, Alessandro. Challenges of dental care for children with microcephaly carrying Zika congenital syndrome. **Contemporary Clinical Dentistry**, Mumbai. vol. 8, n. 3, p. 345-346, 2017.

DINIZ, Débora; **Zika: do Sertão nordestino à ameaça global.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016. 192 p.

KUPER, Hannah; SMYTHE, Tracey; DUTTINIE, Antony. Reflections on Health Promotion and Disability in Low and Middle-Income Countries: Case Study of Parent-Support Programmes for Children with Congenital Zika Syndrome. **International Journal of Environmental Research Public Health.** vol. 15, n. 3, 2018

LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde & Sociedade.** São Paulo, vol. 20, n.4, p. 867-874, 2011.

LEITE, Cristine; VARELLIS, Maria Lúcia. Microcefalia e a odontologia brasileira. **Journal Health NPEPS.** vol. 1, n. 2, p. 297-304, 2016.



Artigo

OLIVEIRA, Ana. Promoção de saúde bucal em bebês. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, São Paulo, vol. 22, n. 3, p. 247-253, 2010.

PEREIRA, Sângela Maria et al. Zika Vírus e o Futuro da Odontologia no Atendimento a Pacientes com Microcefalia. **Revista de Investigação Biomédica**, São Luís, vol. 9, n. 1, p. 58-66, 2017.

SOUZA, Ana. **Atenção integral à saúde da criança: odontologia**. 2º ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. 119 p.

SOUZA, Natália. Síndrome congênita do Zika Vírus: um olhar a partir de atores nordestinos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. vol. 34, n.2, 2018.

STEVANIM, Luiz Felipe. Os enigmas do Zika: que impactos esperar da epidemia provocada pelo vírus Zika, associada a microcefalia e outras complicações neurológicas? **RADIS**. n. 161; p. 18-21, 2016.

TAJRA, Fábio. Promoção de saúde bucal em portadores de necessidades especiais em Sobral-CE. **SANARE**. Sobral. vol. 1, p. 77-84, 2005.



Artigo

CARCINOMA ESPINOCELULAR EM COURO CABELUDO: RELATO DE CASO

SQUAMOUS CELL CARCINOMA IN SCALP: CASE REPORT

Victor Maia Vieira¹

Umberto Joubert²

RESUMO - As neoplasias da pele constituem a enfermidade de maior quantidade de casos no Brasil. Além da exposição aos raios ultravioletas, a infecção pelo papiloma vírus humano e o uso crônico de tabaco e álcool, têm-se mostrados como importantes fatores de risco adicional a indução de mutações nos ciclos celulares. Dentre as neoplasias não-melanocíticas, o carcinoma espinocelular consiste em uma neoplasia maligna originada nos queratinócitos epidérmicos supra basais, resultado de um processo de displasia na qual se caracteriza pela presença de células atípicas e perda da estratificação com progressão rápida e elevada capacidade metastática, invadindo, principalmente, os gânglios linfáticos regionais, osso, cérebro e pulmões. Dessa forma, a prevenção e o diagnóstico precoce mediante o conhecimento de seus fatores de risco e apresentação clínica, são fundamentais para controle de casos com impacto direto na saúde pública. Neste estudo objetivou-se descrever um caso de carcinoma espinocelular no couro cabeludo em um paciente idoso, com suas principais características clínicas, histopatológicas e possibilidades terapêuticas. Trata-se de um estudo de caso, descritivo-observacional, com abordagem qualitativa, realizado em clínica especializada no período de outubro a novembro de 2018, sendo o prontuário utilizado como instrumento de coleta de dados para a obtenção de informações sobre o exame clínico e exames complementares laboratoriais e de imagem realizados no paciente, além de sua evolução clínica. No couro cabeludo desse idoso, foi identificado um carcinoma espinocelular de fundo hiperemiado com presença de secreção serosanguinolenta e pustulosa distribuídas por toda lesão, além de tecido de granulação, áreas de fibrina e necrose entremeadas com predominância periférica. A partir desse direcionamento clínico, foi realizado exérese cirúrgica com

¹ Acadêmico de Medicina da Faculdades Integradas de Patos (FIP), Patos, Paraíba, Brasil - victormaiamv@hotmail.com;

² Médico. Dermatologista. Professor das Faculdades Integradas de Patos (FIP), Patos, Paraíba, Brasil - umbertojoubert@yahoo.com.br.



Artigo

cicatrização por segunda intensão e encaminhamento de peça anatômica para estudo anatomopatológico que evidenciou Carcinoma Espinocelular invasivo grau histológico II, sem invasão vascular linfática ou sanguínea e sem invasão perineural. A constatação de margens cirúrgicas laterais livres e a não recidiva durante o seguimento clínico, demonstram a efetividade do tratamento realizado. Conclui-se que o tratamento do carcinoma de células escamosas no contexto da saúde de regiões com alta incidência de raios ultravioleta é algo importante e complexo, devendo, por isso, ser individualizado a fim de proporcionar atenuação dos sintomas e melhoria de vida ao paciente.

Palavras-Chave: Câncer de pele; Carcinoma espinocelular; Fatores de risco.

ABSTRACT - Skin neoplasms constitute the disease of most cases in Brazil. In addition to exposure to ultraviolet rays, human papillomavirus infection, and chronic use of tobacco and alcohol have been shown to be important additional risk factors for the induction of cell cycle mutations. Among non-melanocytic neoplasms, squamous cell carcinoma is a malignant neoplasm originated from suprasalateral epidermal keratinocytes, the result of a dysplasia process characterized by the presence of atypical cells and loss of stratification with rapid progression and high metastatic capacity, invading mainly the regional lymph nodes, bone, brain and lungs. Thus, prevention and early diagnosis through knowledge of their risk factors and clinical presentation are fundamental to control cases with direct impact on public health. This study aimed to describe a case of scalp squamous cell carcinoma in an elderly patient, with its main clinical, histopathological characteristics and therapeutic possibilities. This is a descriptive observational case study with a qualitative approach, performed in a specialized clinic from October to November 2018, and the medical record was used as a data collection instrument to obtain information about the clinical examination and laboratory and imaging exams performed on the patient, as well as their clinical evolution. In the scalp of this elderly man, a hyperemic squamous cell carcinoma with the presence of serosanguinolent and pustular secretion distributed throughout the lesion was identified, besides granulation tissue, fibrin and necrosis areas interspersed with peripheral predominance. From this clinical direction, surgical excision was performed with healing by second extension and referral of anatomical specimen for anatomopathological study that revealed histological grade II invasive squamous cell carcinoma, without lymphatic or blood vascular invasion and without perineural invasion. The finding of free lateral surgical margins and the non-recurrence during clinical follow-



Artigo

up demonstrate the effectiveness of the treatment performed. It is concluded that the treatment of squamous cell carcinoma in the context of health in regions with high incidence of ultraviolet rays is important and complex, and should therefore be individualized in order to provide attenuation of symptoms and improvement of life for the patient.

Keywords: Skin cancer; Squamous cell carcinoma; Risk factors.

INTRODUÇÃO

As neoplasias da pele constituem a enfermidade de maior quantidade de casos no Brasil. Eles são os mais comuns tumores malignos em população senescente. A porcentagem de 95% está subdividida entre tumores não-melanócitos que agrupam os carcinomas basocelulares (CBC) com cerca de 70% de frequência e os espinocelulares (CEC) ocupando o segundo lugar (25%). Além desses, os tumores melanocíticos, por sua vez possuem incidência mais baixa, porém são mais agressivos e, a partir disso, conhecer os seus fatores etiológicos e de profilaxia é essencial (KALLINI; HAMED; KHACHEMOUNE, 2014).

Em relação aos agentes carcinogênicos que poderiam culminar no surgimento do CEC, o tabagismo está incluído devido à presença do alcatrão e nicotina. Ao ser associado ao álcool, a chance de desenvolver o risco aumenta 141 vezes. Tem-se demonstrado, ainda, forte ligação com o vírus papiloma humano (HPV) tipo 16, constituindo atualmente fator de risco adicional para o tumor (VALLE et al., 2016).

A exposição ao sol de forma prolongada e sem a proteção devida inclui o indivíduo exposto em um grupo vulnerável, a exemplo dos jovens que buscam o bronzeamento por fins estéticos e doenças ocupacionais. Além do mais, a ocorrência de CEC em indivíduos de terceira idade é relevante, dando ênfase no sexo masculino. Isso ocorre, devido à exposição crônica aos raios ultravioleta (UV) que, ao penetrarem nas camadas da pele e causarem imunossupressão local, facilitam a ocorrência de mutações nos ciclos celulares. Assim, os locais de maior ocorrência de dano são as áreas fotoexpostas, como face, orelhas, pescoço, ombros, dorso e couro cabeludo. Sendo este último, classificado como área de risco médio (ESTALL et al., 2017).

O carcinoma de células escamosas consiste em uma neoplasia maligna originada nos queratinócitos epidérmicos supra basais que resulta de um processo de displasia na qual se caracteriza pela presença de células atípicas e perda da estratificação com



Artigo

progressão rápida e elevada capacidade metastática, quando comparada ao carcinoma basocelular. Sendo assim, um considerável fator de morbimortalidade para os idosos (SILVA; RIBEIRO; JÚNIOR, 2015).

Na apresentação clínica do CEC, o sinal mais característico é a lesão ulcerada com endurecimento e infiltração periférica, podendo estar associada ou não a manchas avermelhadas ou esbranquiçadas, podendo estar presente na cavidade oral (VALLE et al., 2016).

De modo geral, é mais prevalente em homens do que em mulheres (2:1); a partir da quinta década de vida; em indivíduos de raça branca, sendo fator de risco para as populações residentes na zona tropical, tendo como exemplo a Austrália – país de maior ocorrência de câncer de pele do mundo. Além disso, possui outras formas clínicas de apresentação, como a Doença de Bowen, subtipo com maior poder invasivo, de localização intraepidérmica e crescimento lentificado (AZEVEDO et al., 2017).

Nesse contexto, Valle et al. (2016) demonstraram, em uma análise realizada nos EUA e Canadá, o aumento da incidência de CEC de 50 a 200% nos últimos 30 anos, com isso, a prevenção e o diagnóstico precoce mediante o conhecimento de seus fatores de risco e apresentação clínica são fundamentais para controle de casos e impacto na saúde pública.

Diante disso, foi vista a importância de se entender o processo de evolução de um Carcinoma Espinocelular em Couro Cabeludo, bem como a sua sintomatologia, principais manifestações clínicas e manejo terapêutico. As características em questão foram coletadas e analisadas a partir de um caso clínico de um agricultor, idoso, que se encaminhou ao ambulatório de dermatologia.

Devido a considerável incidência desse tipo de carcinoma, foi observada como necessária a avaliação e análise do caso em questão. Com a melhor compreensão daquele, é possível que sejam desenvolvidas e direcionadas ações específicas para a prevenção dessa e de outras enfermidades que podem atingir essa população.

MÉTODOS

A busca pelas informações desse trabalho foi realizada a partir de um estudo de caso, descritivo e observacional, com abordagem qualitativa e após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, número do parecer 3.055.415 e número do CAEE 02870718.3.0000.5181. Esses relatos são tradicionalmente



Artigo

utilizados nas áreas relacionadas à saúde do corpo humano podendo proporcionar informações cruciais para a melhor decisão na conduta terapêutica.

Após assinados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Assentimento pelo paciente, os dados foram coletados na Clínica Endoderm, no período entre outubro e dezembro de 2018, de paciente idoso diagnosticado previamente com carcinoma espinocelular em couro cabeludo. As informações foram extraídas de um prontuário eletrônico dando ênfase na anamnese, investigação clínica, localização dos leões e suas descrições, classificação operacional, forma clínica, exames complementares laboratoriais e de imagem e o tratamento realizado, além da evolução clínica do paciente.

Posteriormente, as informações obtidas foram analisadas qualitativamente e digitalizadas no software *Microsoft Word 2013*®. Sendo os estudos utilizados para a discussão deste trabalho extraídos da base de dados Biblioteca Virtual em Saúde obtidos através da busca com os descritores Carcinoma de Células Escamosas and Couro Cabeludo.

RELATO DO CASO

Paciente M.M.L., sexo masculino, 74 anos, aposentado, realizou procura de ambulatório especializado em dermatologia pela queixa lesão em couro cabeludo há aproximadamente 2 anos, associando o surgimento da lesão após acidente doméstico no qual um objeto promoveu lesão superficial do couro cabeludo. Nega sentir dor ou qualquer outro sintoma. Relatou ter procurado auxílio médico em serviço público do município, sendo conduzido para o uso de diversas medicações tópicas não especificadas, porém sem melhora aparente da injúria.

Ao exame físico dermatológico, foi identificada alopecia do tipo androgenética na região parieto-occipital. Na área do couro cabeludo afetado pela alopecia, foi reconhecida difusas áreas maculares hiperpigmentadas compatíveis com melanose actínica envolta de uma lesão nodular ulcerada única, medindo 9,0 cm x 7,5 cm. Esta, possui fundo hiperemiado com presença de secreção serosa predominante e secreção sanguinolenta e pustulosa em regiões específicas, além disso, a lesão possui tecido de granulação ocupando cerca de 20-25% da área total da lesão e áreas de fibrina e necrose entremeadas com predomínio nas bordas da lesão (Figura 1). Após investigação expandida, foi identificada lesão neoplásica sugestiva em região nasal medindo 3,5 cm e em região cervical esquerdo (5,5 x 2,5 cm) e direito (5,0 x 2,0 cm).



Artigo

As hipóteses diagnósticas elaboradas foram Carcinoma Espinocelular Nodulado Ulcerado em couro cabeludo e Carcinoma Basocelular Superficial em região nasal.

A conduta aplicada ao paciente constituiu no fornecimento de orientações gerais sobre a fotoproteção e na solicitação de biópsia da lesão cutânea em couro cabeludo em regiões nasal e cervicais, além de uma Tomografia computadorizada (TC) de do Crânio.



Figura1. Carcinoma Espinocelular em Couro Cabeludo.
Fonte: autoria própria, 2019.

Após retorno com a TC de Crânio constatou-se a ausência de alterações ósseas. Com isso, foi realizado o encaminhamento do paciente para o serviço de saúde de nível terciário da região de saúde. No Instituto Walfredo Guedes Pereira, localizado no município de João Pessoa-PB, o paciente submeteu-se a exérese cirúrgica das lesões. O procedimento que envolveu a lesão cutânea do couro cabeludo constituiu-se em exérese padrão com margens ampliadas e cicatrização por segundo intenção (Figura 2), as outras lesões da região nasal e cervical foram tratadas com exérese padrão com margem 0,3 cm maior que a lesão e sutura por planos.



Artigo

Após o retorno do paciente, foi evidenciado, pelo estudo anatomopatológico, Carcinoma Espinocelular invasivo grau histológico II, sem invasão vascular linfática ou sanguínea, sem invasão perineural e com margens cirúrgicas laterais livres em lesão no couro cabeludo. Além disso, foi realizado biópsia em lesões cutâneas nasal e cervicais. A lesão nasal e cervical direita apresentou-se como Carcinoma Basocelular padrão-sólido com infiltração da derme profunda. Já a cervical esquerda demonstrou-se como CBC esclerodermiforme com infiltração da derme profunda. Todas possuíam margens cirúrgicas livres.



Figura 2. Processo de cicatrização após exérese de Carcinoma Espinocelular.
Fonte: autoria própria, 2019.

DISCUSSÃO

Sendo o segundo neoplasma não melanocítico mais comum, os CEC são tumores epiteliais com característica maligna que surgem em regiões sujeitas a inflamação crônica. Os locais de acometimento comum dessa patologia são a cabeça e pescoço, e ainda, a superfície extensora dos membros superiores, embora possam ocorrer em qualquer local. Essa neoplasia possui origem na epiderme através de queratinócitos,



Artigo

complexo pilosebáceo e glândulas écrinas modificados. As lesões pré-malignas, que podem culminar em CEC, são representadas por ceratose actínica, quelite actínica, ceratoacantoma, entre outras. Essas lesões são causadas principalmente por exposição solar intensa, mesmo que essa tenha ocorrido há muitos anos antes do surgimento da lesão, como, por exemplo, durante vida adulta. Esse fato reforça o surgimento do CEC no paciente relatado devido a seu trabalho como agricultor por mais de 10 anos que aliado a alopecia androgenética presente pode ter contribuído, ainda, com o achado das áreas de melanose actínica ao redor da neoplasia, já que a maioria dessas ocorrem por fotoexposição com considerável injúria actínica. Além disso, o desenvolvimento do CEC é influenciado por um risco de 6-10% nos portadores de queratose actínica. Essa, embora não tenha sido evidenciada no exame físico nem relatada pelo paciente foi, provavelmente, a lesão pré-maligna em decorrência de ser a principal lesão precursora do CEC (HERARD et al., 2016; GAIDE et al., 2016).

O CEC relatado possuiu tamanho maior que a média apresentada no estudo de Estall *et al.* (2016), com uma diferença cerca de 7 cm, porém com característica métricas semelhantes ao caso relatado por Ikander e Sørensen (2015). Esse fato pode ser explicado por certo atraso na procura de um serviço especializado, ou ainda, a logística da rede de saúde do município, contribuindo, assim, para o incremento no tamanho da lesão. No âmbito da recorrência, nessa injúria neoplásica, pode chegar a 15 %, sendo a maioria do tipo local e, esta, associada à ocorrência de metástase possui alta taxa de mortalidade.

Nesse caso, o paciente em questão não apresentou recorrência da lesão nem ocorrência de qualquer metástase até o momento da construção desse relato, embora, para Silvia, Ribeiro e Fleury (2015), 90 % das metástases e recorrência ocorram nos primeiros 5 anos da lesão inicial. Isto, está em consonância com o estudo de Nuño-gonzález et al. (2012), na Austrália, que identificou apenas 10 % de metástase após lesão neoplásica primária em região de couro cabeludo, reconhecendo como principais localizações os linfonodos que drenam as áreas correspondentes da região cervical e das glândulas parótidas. Não tão distante dessa incidência, foi encontrado, em um relato no Brasil, a taxa de 16% de risco para recorrência local e, aproximadamente, 5% relacionado ao risco de metástases. Além disso, a comprovação por biópsia das margens cirúrgicas laterais e profundas livres corrobora com dado (SILVIA; RIBEIRO; FELURY, 2015).

Existem várias classificações para o CEC, como: a da American Joint Comitee on Cancer (AJCC), a de Clark e a de Broder. Assim, a classificação de Broder categoriza o tipo histológico por graus de I a IV, onde os tumores com mais de 75% das células diferenciadas são classificados em grau I e aqueles com menos de 25% das células diferenciadas possuem classificação grau IV, entre eles existem o grau II e II com 50-



Artigo

75% e 25-50% das células diferenciadas, respectivamente. Pela AJCC, tumores de alto risco são aqueles que possuem espessura maior que 2 mm ou nível Clark IV, invasão perineural, pouco diferenciado ou indiferenciado, localização em pavilhão auricular ou em lábio e diâmetro maior que 2 cm. Assim, como o paciente relatado possuía CEC com diâmetro maior que 2cm e espessura maior que 2mm, pode ser classificado como portador de CEC de alto risco segundo os critérios da AJCC. Nesse interim, Estall et al. (2016), em seu relato, encontrou um pouco mais de 50% dos pacientes com essa classificação (CHNG et al., 2012).

No caso relatado, houve a presença de CEC invasivo com grau histológico tipo II. Isso significa que houve invasão tecidual até a derme papilar segundo o nível de Clark que quantifica o grau de penetração da neoplasia referida em graus de I a V. Assim, lesões de nível I são aquelas restritas a epiderme; de nível III aquela que invadiu toda a derme papilar sem chegar a derme reticular; de nível IV quando atingem a derme reticular; e de nível V aquela que se estende até a hipoderme (RIBERO et al., 2016).

Após diagnóstico definitivo do CEC, confirmado através da biópsia, o tratamento deve ser realizado na dependência de cada tipo específico. As medicações tópicas (imiquimod e 5-fluorouracil) e criocirurgia podem ser utilizadas no tratamento das lesões pré-malignas. Para o CEC já instalado são opções o interferon alfa intralesional, criocirurgia, eletrodissecção e curetagem, terapia fotodinâmica com aminolevulinato e exérese cirúrgica. Já a quimioterapia sistêmica não está bem elucidada, porém pode ser utilizada em casos não passíveis de cirurgia. Sendo a criocirurgia não apropriada para neoplasias de alto risco, a radioterapia é mais utilizada como terapia adjuvante em casos de invasão perineural ou em lesões de alto risco menores que 1,5 cm (KALLINI; HAMED; KHACHEMOUNE, 2014).

Embora a técnica cirúrgica micrográfica de MOhs seja relatada por Brodland e Zitelli (1992), como opção terapêutica para se conseguir taxas de cura mais satisfatórias, aumentando a sobrevida e diminuindo a recorrência comparada a exérese cirúrgica padrão em tumores maiores de alto risco, a conduta para o paciente em questão foi a exérese cirúrgica da lesão com margens ampliadas e cicatrização por segunda intenção. Ikander e Sørensen (2015) concluíram em seu estudo que o não cumprimento da exérese ampliada das margens da lesão pode atrasar o curso do tratamento devido a recidivas. Além disso, a técnica como o retalho de dobradiça galeácea poderia ter sido utilizada uma vez que se faz alternativa para cirurgias em couro cabeludo com consequente exposição óssea (LAM; MILETTA; BINGHAM, 2015).

Porém, Silvia, Ribeiro e Fleury (2015) defendem que o tipo de tratamento realizado neste relato é opção para os tumores classificados como de alto risco. Mesmo



Artigo

que este possua desvantagens referentes à cicatrização laboriosa, torna-se viável por possuir menor tempo cirúrgico, pouca morbidade pós-operatória e a possibilidade de avaliação de recorrências locais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso relatado confrontado com a revisão da literatura evidencia a importância e a complexidade do tratamento do carcinoma de células escamosas no contexto da saúde de regiões com alta incidência de índices ultravioleta. Dessa forma, a escolha da melhor opção terapêutica deve ser individualizada, proporcionando, assim, atenuação dos sintomas e melhoria de vida ao paciente.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, P. H. F. de et al. Lesão neoplásica em couro cabeludo: relato de caso. **Revista de Medicina**, v. 96, n. 4, p. 287-291, 2017. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/125383>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

BRODLAND, D. G.; ZITELLI, J. A. Surgical margins for excision of primary cutaneous squamous cell carcinoma. **Journal Of The American Academy Of Dermatology**, v. 27, n. 2, p. 241-248, 1992. Disponível em: <[https://www.jaad.org/article/0190-9622\(92\)70178-I/fulltext](https://www.jaad.org/article/0190-9622(92)70178-I/fulltext)>. Acesso em: 01 abr. 2019.

CH'NG, Sydney et al. Relevance of the primary lesion in the prognosis of metastatic cutaneous squamous cell carcinoma. **Head & Neck**, v. 35, n. 2, p. 190-194, 2012. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hed.22941>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

Estall, V. et al. Outcomes following management of squamous cell carcinoma of the scalp: A retrospective series of 235 patients treated at the Peter MacCallum Cancer Centre. **Australasian Journal of Dermatology**, v. 58, n. 4, p. e207-e215, 2017. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ajd.12520>>. Acesso em: 01 abr. 2019.



Artigo

EUA. American Joint Committee on Cancer. **AJCC: Cancer Staging Manual**. New York: Springer, 2002. Disponível em em: <<https://cancerstaging.org/references-tools/deskreferences/documents/ajcc6thedcancerstagingmanualpart1.pdf>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

GAIDE, Olivier et al. Ingenol Mebutate 500 µg for Treatment of the Scalp in Refractory Field Cancerization. **Dermatology**, v. 232, n. 1, p. 7-8, 2016. Disponível em: <<https://www.karger.com/Article/FullText/447388>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

HERARD, C. et al. Rapid onset of squamous cell carcinoma in a thin skin graft donor site. **Annales de Dermatologie Et de Vénérologie**, v. 143, n. 7, p. 457-461, 2016. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0151963816001538?via%3Dihub>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

IKANDER, P.; SØRENSEN, J. A. Recurrent squamous cell carcinoma of the scalp treated with serial free flaps: A case report. **Microsurgery**, v. 35, n. 6, p. 481-484, 2015. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/micr.22456>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

KALLINI, J. R.; HAMED, N.; KHACHEMOUNE, A. Squamous cell carcinoma of the skin: epidemiology, classification, management, and novel trends. **International Journal Of Dermatology**, v. 54, n. 2, p. 130-140, 27, 2014. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijd.12553>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

LAM, T.; MILETTA, N.; BINGHAM, J. L. The Reverse Galeal Hinge Flap. **Dermatologic Surgery**, v. 41, n. 4, p. 533-536, 2015. Disponível em: <https://journals.lww.com/dermatologicsurgery/Fulltext/2015/04000/The_Reverse_Galeal_Hinge_Flap_Another_Valuable.23.aspx>. Acesso em: 01 abr. 2019.

NUÑO-GONZÁLEZ, A. et al. Carcinoma epidermoide cutáneo de alto riesgo. **Actas Dermo-sifilográficas**, v. 103, n. 7, p. 567-578, 2012. Disponível em: <<https://www.actasdermo.org/es-linkresolver-carcinoma-epidermoide-cuaneo-alto-riesgo-S0001731011005114>>. Acesso em: 01 abr. 2019.



Artigo

RIBERO, Simone et al. Squamocellular Carcinoma of the Skin: Clinicopathological Features Predicting the Involvement of the Surgical Margins and Review of the Literature. **Dermatology**, v. 232, n. 3, p. 279-284, 2016. Disponível em: <<https://www.karger.com/Article/FullText/444051#ref5>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

SILVA, L. T. E.; RIBEIRO, A. M. Q.; FLEURY JÚNIOR, L. F. F. Surgical management of high-risk squamous cell carcinoma of the scalp: series of cases. **Surgical & Cosmetic Dermatology**, v. 7, n. 2, p. 166-170, 2015. Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/07/692/2015_166.pdf>. Acesso em: 01 abr. 2019.

VALLE, C. N. et al. Carcinoma espinocelular oral: Um panorama atual. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 3, n.04, 2016. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/patologia/article/view/2868>>. Acesso em: 01 abr. 2019.



Artigo

COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES ESCOLARES: DIFERENÇAS QUANTO AOS GÊNEROS

HEALTH-RELATED BEHAVIORS AMONG ADOLESCENTS: DIFFERENCES BETWEEN GENDERS

Nayra Suze Souza e Silva¹
Andrey Wendel Santana Figueira²
Marise Fagundes Silveira³
Carla Silvana de Oliveira e Silva⁴
Rosângela Ramos Veloso Silva⁵

RESUMO - O objetivo do estudo foi verificar as diferenças, quanto aos gêneros, dos comportamentos relacionados à saúde (CRS) entre adolescentes escolares. Estudo epidemiológico, realizado com 2040 escolares do Ensino Médio distribuídos em 21 escolas da rede estadual de ensino. A amostra foi do tipo probabilística por conglomerados. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário com variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico (sexo, idade, escolaridade, horário de aula, cor da pele, estado civil e renda familiar) e variáveis referentes aos CRS (estado nutricional, último atendimento médico, satisfação corporal, índice de massa corporal – IMC, participação nas aulas de Educação Física, nível de atividade física, consumo alimentar, uso de álcool e maconha). Foi utilizado o teste estatístico Qui-quadrado para a comparação entre os sexos, assumindo um nível de significância de $p < 0,05$. Dos 2040

¹ Mestranda em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Montes Claros – MG. Av. Dr. Ruy Braga, S/N – Vila Mauriceia, Montes Claros – MG. Autor correspondente. E-mail: nayrasusy@hotmail.com

² Acadêmico do Curso de Medicina. Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES. Montes Claros – MG. E-mail: andreywendelsf@gmail.com

³ Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de São Paulo, Brasil. E-mail: ciaestatística@yahoo.com.br

⁴ Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo, Brasil. E-mail: profcarlasosilva@gmail.com

⁵ Doutora em Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES. Montes Claros – MG. E-mail: rosaveloso9@gmail.com



Artigo

adolescentes participantes da pesquisa, 45,7% (933) eram do sexo masculino e 54,3% (1107) do sexo feminino, com média de idade de 16,33 ($\pm 1,12$). Em relação à saúde dos adolescentes, o sexo masculino apresentou maior percentual de sobrepeso em relação ao sexo feminino. Entretanto, as meninas estão mais insatisfeitas com a própria imagem corporal (41,4%) do que os meninos (29,3%). As meninas apresentam maior cuidado com a saúde, entretanto, os meninos são mais ativos fisicamente quando comparados com as meninas. Identificamos nesse estudo, diferenças e valores ligados aos CRS entre adolescentes, sugerindo a necessidade de abordagens específicas e a elaboração de estratégias de promoção de saúde adequadas para cada gênero.

Palavras-chave: Saúde. Gênero; Adolescentes; Estudantes.

ABSTRACT - The aim of this study was to verify the differences, regarding genders, of health related behaviors among school adolescents. This is an epidemiological study, carried out with 2040 high school students distributed in 21 public schools. The sample was of the probabilistic type by clusters. For data collection, a questionnaire was used with variables related to the socio-demographic profile (sex, age, schooling, class schedule, skin color, marital status and family income) and health related behaviors variables (nutritional status, body satisfaction, body mass index (BMI), participation in physical education classes, level of physical activity, food consumption, alcohol and marijuana use). The Chi-square statistical test was used to compare the sexes, assuming a significance level of $p < 0,05$. Of the 2040 adolescents participating in the research, 45,7% (933) were males and 54,3% (1107) females, with mean age of 16,33 ($\pm 1,12$). Regarding adolescent health, males presented a higher percentage of overweight than females. However, girls are more dissatisfied with their own body image (41,4%) than boys (29,3%). Girls show greater health care, however, boys are more physically active when compared to girls. We identified in this study, differences and values related to health related behaviors among adolescents, suggesting the need for specific approaches and the elaboration of appropriate health promotion strategies for each gender.

Key words: Health; Gender; Adolescents; Students.



COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES ESCOLARES:
DIFERENÇAS QUANTO AOS GÊNEROS

Páginas 77 a 94

Artigo

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência se caracteriza pela fase entre a infância e a vida adulta, que corresponde a idade dos 10 aos 19 anos (WHO, 2011). Na adolescência acontecem inúmeras mudanças biológicas no corpo humano, como o desenvolvimento dos ossos e órgãos. Ocorrem também mudanças comportamentais, no humor, a vivência singular, afirmação da própria identidade e a necessidade de aceitação em grupo (LOURENÇO, QUEIROZ, 2010; ROCHA et al., 2012; FILIPINI et al., 2013).

A fase da adolescência apresenta características únicas nas quais ocorrem significativas mudanças biopsicossociais fundamentais para que o adolescente desenvolva conhecimentos sobre si e construa a identidade pessoal (CONTI, 2008; FONSECA et al., 2009).

Segundo Connell (1995) a palavra gênero indica uma construção social, envolvendo uma ampla estrutura de relações. Essas relações de gênero refletem fragilmente nos adolescentes, apresentando diferenças no trato com a saúde (ANJOS et al., 2012), alterações no comportamento social, no ambiente escolar e no contexto familiar.

Os conceitos de feminino e masculino ultrapassam as diferenças anatômicas que diferem entre eles. O conceito gênero revela outros significados, funções e relações construídas em sociedade, evidenciando diversidades em relação ao poder e submissão (KORIN, 2001). Como exemplo, o gênero masculino é tido como o mais ativo, forte, racional e competente profissionalmente (WANG, JABLONSKI, MAGALHÃES, 2006). Já o feminino teria características opostas ao homem, como passividade, sensibilidade e dependência (KORIN, 2001). A construção das questões de gênero entre os adolescentes ainda está vinculada as influências familiares (CARDOSO, BISPO, 2015).

No Brasil, as pesquisas sobre comportamentos de saúde entre adolescentes ainda são escassas e se concentram em questões ligadas à gravidez precoce, ao uso de anticoncepcionais e ao uso de substâncias. Pouco se conhece sobre outros comportamentos na área de saúde e ainda menos quanto à sobreposição de diferentes comportamentos relacionados ao gênero. Diante disso, o presente artigo tem como objetivo verificar as diferenças, quanto aos gêneros, dos comportamentos relacionados à saúde (CRS) entre adolescentes escolares.



**COMPORTAMENTOS RELACIONADOS À SAÚDE ENTRE ADOLESCENTES ESCOLARES:
DIFERENÇAS QUANTO AOS GÊNEROS**

Páginas 77 a 94

Artigo

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, do tipo epidemiológico, realizado com estudantes do Ensino Médio da zona urbana do Município de Montes Claros – MG. A cidade de Montes Claros - MG tem 38 unidades de escolas públicas da rede estadual com ensino médio, a partir de listagem estratificada oferecida pela Secretaria de Estado de Educação em setembro de 2016. Com 13.104 escolares matriculados no ano de 2017.

A amostra foi definida por meio de cálculo amostral para populações finitas, considerando a prevalência do evento de interesse em 50%, nível de confiança de 95%, margem de erro de 5%, $Deff=2$ e acréscimo de 10% para compensar possíveis perdas. Assim, os cálculos evidenciaram um tamanho amostral de no mínimo 1800 escolares. A seleção da amostra foi do tipo probabilística por conglomerados em dois estágios, sendo o primeiro constituído pelas escolas e o segundo pelas turmas das escolas selecionadas. No primeiro estágio, as escolas foram selecionadas por amostragem probabilística proporcional ao tamanho (PPT). No segundo estágio, foi definida por amostragem aleatória simples e selecionada uma fração amostral das turmas em cada uma das escolas sorteadas, estratificadas por turno (matutino, vespertino e noturno). A fração amostral foi definida após o sorteio das escolas. Em cada escola sorteada para participar do estudo, foi levantada a quantidade de turmas do 1º, 2º e 3º ano e seus respectivos turnos (matutino, vespertino e noturno). O nome de cada turma foi inserido em uma urna, realizando o sorteio de 3 turmas por escola, sendo uma turma de cada ano de escolaridade, garantindo a proporcionalidade da amostra. Todos os alunos das turmas sorteadas foram convidados a participar do estudo.

Considerando esses parâmetros para garantir representatividade da amostra, verificou-se a necessidade de incluir alunos distribuídos em 21 escolas, sendo que foram coletados 2040 alunos, com a amostra final superior ao mínimo exigido no cálculo amostral. A coleta de dados ocorreu a partir de maio 2017 a março de 2018.

Todos os alunos selecionados por sorteio foram convidados a participar da pesquisa. Foram incluídos alunos de ambos os sexos, com idade entre 14 a 19 anos, devidamente matriculados. Foram excluídos da pesquisa os alunos que não estavam em sala de aula no momento da aplicação do questionário, aqueles que não estavam em concordância com o objetivo da pesquisa e os que não apresentaram TALE (Termo de Assentimento Livre e Esclarecido) e TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) devidamente assinados. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário autoaplicável. Após serem esclarecidos acerca da pesquisa, os alunos foram



Artigo

encaminhados para uma sala, onde foram aplicados os questionários. O questionário autoaplicado foi preenchido por cada adolescente individualmente. Durante o preenchimento do questionário membros da equipe do Projeto estavam disponíveis para auxiliar e esclarecer dúvidas, caso necessário.

O questionário avaliou as seguintes variáveis:

Perfil Sociodemográfico: sexo, idade (média e desvio padrão), escolaridade (1º ano ensino médio; 2º ano ensino médio; 3º ano ensino médio), horário de aula (manhã; tarde; noite), cor da pele autodeclarada (branca; negra; parda; outras), estado civil (casado (a); solteiro (a); divorciado (a)) e renda familiar (até 999 reais; 1000 a 3000 reais; acima de 3 mil reais).

CRS: Estado nutricional (excelente/muito bom; bom; regular), último atendimento médico (no último mês; entre um mês e um ano; entre um e dois anos; mais de dois anos), satisfação corporal (satisfeito (a); insatisfeito (a)), IMC (abaixo do peso; normal; sobrepeso/obesidade), participação nas aulas de Educação Física (sim; não), atividade física (ativo; inativo), consumo alimentar (feijão, guloseimas, refrigerante); uso de álcool (nunca usou; já usou) e uso de maconha (nunca usou; já usou). O IMC foi avaliado a partir do peso e a estatura (autorelatados). A frequência da variável IMC obteve perdas devido a quantidade de adolescentes que não sabiam informar o próprio peso e/ou altura, resultando em uma amostra de 1.274 adolescentes para o cálculo amostral do IMC. A prática regular de atividade física foi avaliada por meio do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ), versão curta (MATSUDO et al., 2001). Foram considerados ativos os adolescentes que praticavam pelo menos 300 minutos de atividade física por semana. Quanto ao consumo alimentar, o questionário analisou o consumo nos últimos 7 dias antecedentes ao dia da coleta. O consumo de feijão, guloseimas e refrigerante, foi categorizado em “nenhum dia da semana”, “de 1 a 6 vezes na semana” e “todos os dias da semana”.

Os dados foram digitados, tabulados, auditados e analisados com auxílio do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS®), versão 18.0. Foi utilizado o teste estatístico Qui-quadrado para a comparação entre os sexos, assumindo nível de significância de $p < 0,05$. O projeto dessa pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, com parecer consubstanciado nº 2.073.215. Todos os preceitos éticos da resolução 466 de 2012 foram devidamente respeitados.



Artigo

RESULTADOS

Dos 2040 adolescentes participantes da pesquisa, 45,7% (933) eram do sexo masculino e 54,3% (1107) do sexo feminino, com média de idade de 16,33 ($\pm 1,12$). Houve maior frequência de alunos no 1º ano 40,9% (835), tendo mais alunos matriculados no turno da manhã 91% (1857), com a cor de pele parda 58,5% (1193) e 97,2% (1983) solteiros. Mais de 50% dos adolescentes relatam ter renda familiar mensal de 1000 a 3000 reais, podendo ser observados na tabela 1.

A tabela 2 mostra os comportamentos Relacionados à Saúde entre os adolescentes. Em relação à percepção sobre o estado de saúde, os meninos apresentam melhor condição excelente/muito bom (44,8%) quando comparado com as meninas (34,9%), no entanto, as meninas procuraram mais por atendimento médico no último mês (38,2%) do que os meninos (24,3%). Em relação ao estado nutricional, o sexo masculino apresentou maior percentual de sobrepeso/obesidade em relação ao sexo feminino. Entretanto, as meninas estão mais insatisfeitas com a própria imagem corporal (41,4%) do que os meninos (29,3%). O percentual de participação nas aulas de educação física foi maior entre os meninos (84,7%), dados semelhantes ao nível de atividade física onde os meninos são mais ativos que as meninas.

Quanto ao consumo alimentar, foi verificado um maior consumo de feijão e refrigerante entre os meninos (todos os dias da semana). Já as meninas apresentaram maior consumo de guloseimas. Os dados referentes ao consumo de álcool e maconha mostram maior uso pelos meninos.



Artigo

Tabela 1. Perfil Sociodemográfico dos adolescentes escolares geral e estratificada por sexo, Montes Claros – MG, 2017.

VARIÁVEIS	Total		Masculino		Feminino	
	n	%	n	%	n	%
Escolaridade						
1º ano Ensino Médio	835	40,9	430	51,5	405	48,5
2º ano Ensino Médio	613	30,0	264	43,1	349	56,9
3º ano Ensino Médio	592	29,0	239	40,4	353	59,6
Horário de aula						
Manhã	1857	91,0	842	45,5	1015	54,5
Tarde	77	3,8	37	48,1	40	51,9
Noite	106	5,2	54	51,0	52	49,0
Cor de pele						
Branca	369	18,1	174	47,2	195	52,8
Negra	364	17,8	177	48,6	187	51,4
Parda	1193	58,5	526	44,1	667	55,9
Outras	5,6	5,6	56	49,1	58	50,9
Estado Civil						
Casado(a)	55	2,7	20	36,4	35	63,6
Solteiro(a)	1983	97,2	912	46,0	1071	54
Divorciado(a)	2	0,1	1	50,0	1	50,0
Renda						
Até 999 reais	549	27,0	192	20,6	357	32,2
1000 a 3000 reais	1120	55,0	522	56,0	598	54,1
Acima de 3 mil reais	371	18,0	219	23,4	152	13,7

Teste Qui-quadrado

Fonte: dados provenientes da própria pesquisa



Artigo

Tabela 2. Comportamentos Relacionados à Saúde entre Adolescentes escolares, Montes Claros – MG, 2017.

VARIÁVEIS	Total		Masculino		Feminino		P
	n	%	n	%	n	%	
Estado de saúde							
Excelente/muito bom	804	39,5	418	44,8	386	34,9	0,000
Bom	919	45,0	407	43,6	512	46,2	
Regular	317	15,5	108	11,6	209	18,9	
Último atendimento médico							
No último mês	650	31,9	227	24,3	423	38,2	0,000
Entre um mês e um ano	888	43,5	417	44,7	471	42,5	
Entre um e dois anos	267	13,1	149	16,0	118	10,7	
Mais de 2 anos	235	11,5	140	15,0	95	8,6	
Satisfação Corporal							
Satisfeito(a)	1308	64,1	659	70,7	649	58,6	0,000
Insatisfeito(a)	732	35,9	274	29,3	458	41,4	
IMC*							
Abaixo do peso	117	9,2	73	13,1	44	6,1	0,000
Normal	1022	80,2	421	75,4	601	84,0	
Sobrepeso/obesidade	135	10,6	64	11,5	71	9,9	
Participação nas aulas de educação física							
Sim	1490	73,0	790	84,7	700	63,2	0,000
Não	550	27,0	143	15,3	407	36,8	
Atividade física							
Ativo	1084	53,1	529	56,7	555	50,1	0,004
Inativo	956	46,9	404	43,3	552	49,9	

Teste Qui-quadrado

Fonte: dados provenientes da própria pesquisa

*dados faltantes



Artigo

Tabela 2. Continuação.

VARIÁVEIS	Total		Masculino		Feminino		p
	n	%	n	%	n	%	
Consumo de feijão							
Nenhum dia	94	4,6	34	3,6	60	5,4	0,000
De 1 a 6 vezes	474	23,2	172	18,4	302	27,3	
Todos os dias	1472	72,2	727	78,0	745	67,3	
Consumo de Guloseimas							
Nenhum dia	170	8,3	108	11,6	62	5,6	0,000
De 1 a 6 vezes	1269	62,2	592	63,4	677	61,1	
Todos os dias	601	29,5	233	25,0	368	33,3	
Consumo de Refrigerante							
Nenhum dia	523	25,7	213	22,8	310	28,0	0,017
De 1 a 6 vezes	1357	66,5	638	68,4	719	65,0	
Todos os dias	160	7,8	82	8,8	78	7,0	
Álcool							
Nunca usou	1233	60,5	541	58,0	692	62,5	0,042
Já usou	807	39,5	392	42,0	415	37,5	
Maconha							
Nunca usou	1875	91,9	829	88,8	1046	94,5	0,000
Já usou	165	8,1	104	11,2	61	5,5	

Teste Qui-quadrado

Fonte: dados provenientes da própria pesquisa

DISCUSSÃO

O estado de saúde, satisfação corporal, prática de exercícios físicos, hábitos alimentares e o uso de álcool e drogas entre os adolescentes são algumas das variáveis que necessitam ser mais estudados na literatura, por constituírem situações que são contribuintes para a identificação do estado de saúde dessa população. Ademais, identificar a prevalência de vários comportamentos de saúde permite o estabelecimento de prioridades voltadas para a área de educação e saúde.



Artigo

O presente estudo revelou que uma proporção significativa de adolescentes estudantes de escolas públicas de um município de porte médio do Norte de Minas Gerais adota comportamentos que colocam em risco a saúde. Em relação a percepção do estado de saúde dos adolescentes, foi possível observar diferenças significativas, sendo que os meninos consideram o estado de saúde como excelente, mesmo apresentando maior percentual de sobrepeso/obesidade. Enquanto que as meninas apresentaram uma pior percepção de saúde. Dados de outros estudos corroboram com nossos achados, no qual significativas diferenças entre os sexos na percepção de saúde foram reveladas, tendo as meninas uma pior percepção da saúde (LOCH, POSSAMAI, 2007; SOUZA et al., 2010; STRELHOW, et al., 2010), porém, um estudo conduzido por Reichert, Loch e Capilheira (2012) na cidade de Pelotas (RS) não constatou diferença na autopercepção de saúde dos adolescentes conforme sexo.

Uma possível relação da pior percepção do estado de saúde no sexo masculino é evidenciada por Bastos et al. (2011), afirmando que os homens adentram nos serviços de saúde principalmente na atenção especializada, acarretando agravos da morbidade, pelo retardamento e pela assistência precoce. Já as mulheres, de forma mais frequente, procuram por atendimento médico especialmente na atenção básica. Acrescenta-se ainda a esses dados, o estudo conduzido por Moretti, Oliveira e Silva (2012), que referem um número muito maior das mulheres à procura de informações médicas nos serviços de internet, demonstrando ser a população mais preocupada com os cuidados e conhecimentos de sua condição de saúde.

Em relação a satisfação corporal, as adolescentes deste estudo estão mais insatisfeitas com a imagem do corpo, resultado também encontrado em outros estudos internacionais (ARENAS, MARTÍNEZ, 2015; BAŠKOVÁ, HOLUBČÍKOVÁ, BAŠKA, 2017) e nacionais (FERREIRA et al., 2013) que mostraram que a insatisfação com a imagem corporal são questões particularmente das meninas. Graup et al. (2008)

reforçam a situação enfrentada por muitos adolescentes, especialmente ao sexo feminino, da não aceitação de sua aparência corporal, quando a tendência social as leva a crer que um corpo magro ou musculoso propicia maior aceitação e êxito.

Levando em consideração os dados do IMC dos adolescentes avaliados constatou-se uma maior parcela do sexo masculino classificados como baixo peso e sobrepeso/obesidade, em detrimento das meninas, que a maioria são eutróficas. Os dados



Artigo

de sobrepeso/obesidade mais prevalentes no sexo masculino corroboram com o estudo de Carneiro et al. (2017). Já em outro estudo realizado na cidade de Santos (SP), em 2015, com amostra de 680 adolescentes dos 10 aos 16 anos apresentou um percentual de 58,7% dos dados referentes ao peso normal no sexo masculino (CIACCIA, 2018), diferindo do presente estudo.

Essa percepção leva em consideração os anseios gerais em cada grupo, onde as preferências por corpos magros e esguios se enquadram para as meninas e corpos grandes e musculosos para os meninos (MARQUES et al, 2016).

Assim, a insatisfação corporal principalmente ligada ao sobrepeso e obesidade, tem maiores índices na parcela feminina em decorrência da pressão social para o enquadramento em padrões de beleza que singularizam um perfil corporal como referência, o que permite a apenas uma parcela da população atingi-lo de modo saudável (LIRA et al., 2017).

No presente estudo, a maioria dos adolescentes afirmam participar das aulas de Educação Física em suas respectivas escolas. Quando comparamos a participação nas aulas por sexo, verificamos que a proporção de adolescentes que participam das aulas foi significativamente maior no sexo masculino. Corroborando com nossos achados, Brandolin, Koslinski, Soares (2015) também afirmam que a educação física ainda é um espaço predominantemente de maior participação masculina quando diz respeito à escola, mesmo com toda intervenção cultural que busca a igualação de oportunidades entre homens e mulheres em todos setores sociais. A falta de motivação para a participação das aulas de Educação Física está intrinsecamente relacionada ao comprometimento motor estabelecido e algumas vezes à carência de interesse diante de estratégias e conteúdos inadequados (PEREIRA, MOREIRA, 2005).

Ao avaliarmos o nível de atividade física, encontramos que pouco mais da metade dos adolescentes são considerados ativos, e que 46,8% são considerados sedentários, resultado semelhante ao estudo de Oehlschlaeger et al. (2004) realizado também com adolescentes, encontrando prevalência de sedentarismo de 39,2%. Já Ceschini et al. (2016) revelam dados semelhantes entre o tempo total semanal dispendido em atividades físicas entre ambos os sexos. A prática regular de atividade física contribui na promoção da saúde e qualidade de vida (principalmente na adolescência), além de ser essencial para



Artigo

preservação deste hábito quando adultos (LUCIANO et al., 2016). Dentre as diversas variáveis que podem levar ao sedentarismo, estão a falta de companhia, preguiça e não ter alguém para levar ao local apropriado para as atividades, sendo que, essas barreiras prevalentes são mais percebidas entre as meninas (DIAS, LOCH, RONQUE, 2015). Segundo Strelhow et al. (2010),

os papéis de gênero ainda estão presentes na sociedade brasileira, onde os meninos são, desde muito cedo, mais valorizados na prática de esportes e exercícios físicos intensos, enquanto as meninas são mais direcionadas às tarefas domésticas e ao trabalho manual, podendo ser um fator base para essa diferença em relação ao sedentarismo.

Quanto ao consumo alimentar, o consumo de refrigerante foi maior entre os meninos, nesse aspecto, a literatura é escassa na apresentação estatística do maior consumo de refrigerantes por parte dos mesmos, embora Hattersley et al. (2009) corrobore em seu estudo qualitativo que a autoconsciência sobre os malefícios do consumo de refrigerantes é maior entre as meninas. Nesse estudo, o consumo de guloseimas foi maior entre as meninas. Já o consumo de feijão foi maior entre os meninos. Bortolotto et al. (2018) referem em seu estudo uma maior parcela de meninas consumidoras de alimentos processados, tais quais bolachas/biscoitos, do que os meninos, levando à conclusão que o fácil acesso a esses alimentos pela população em geral contribui para maior consumo de uma alimentação não-saudável.

Em relação ao padrão de consumo alimentar saudável, Neutzling et al. (2010) encontraram que os adolescentes do sexo masculino estavam mais propensos, de maneira geral, às recomendações de alimentação saudável propostas pelo Ministério da Saúde, que incluía o consumo de grãos e leite, por exemplo, relatando um maior abandono do consumo de feijão por parte das meninas e daquelas com maior nível socioeconômico.

A fase da adolescência é primordial para adoção de melhores hábitos de vida e alimentação saudável, sendo que esses hábitos saudáveis devem ser conduzidos ao longo da vida, prevenindo o sedentarismo e a obesidade na vida adulta (SILVA et al., 2014).

No presente estudo, os adolescentes do sexo masculino também apresentaram maior percentual no consumo de álcool e maconha. Contudo, Freitas, Ribeiro e Saldanha (2012) apresentam situação oposta ao relatar um aumento considerável da frequência e quantidade do consumo de álcool por parte das meninas, ao constatar que 56% das adolescentes avaliadas já haviam consumido bebidas alcoólicas, em contraposição a 44%



Artigo

dos meninos. Essa divergência baseia-se nas características do consumo entre os grupos, sendo as meninas classificadas como consumidoras leves, moderadas e problemáticas e os meninos como consumidores pesados, mas menos problemáticos.

Os resultados desse estudo devem ser considerados, por se tratar de um estudo representativo da população de estudantes das escolas estaduais de uma cidade de médio porte. Espera-se que a difusão de informações aqui obtidas propicie a reflexão da comunidade escolar que atua diretamente com essa faixa etária. E ainda, é pertinente ressaltar a necessidade de ampliação das pesquisas na comunidade científica que discutam prevalência de vários comportamentos de saúde de adolescentes de acordo com o gênero.

Limitações precisam ser consideradas, como o delineamento transversal, que não permite conclusões de causa e efeito. Fazer uso do questionário auto aplicado no ambiente escolar pode ter influências do ambiente e dos pares da avaliação de adolescentes no contexto do cenário de escolas públicas. Por outro lado, devemos considerar que o planejamento amostral, o treinamento e a calibração dos examinadores, a validação dos setores censitários e a condução das coletas de dados, mantem o controle de qualidade nos instrumentos, garantiram validade e confiabilidade ao estudo quanto às análises e estratégias apresentadas.

CONCLUSÃO

Ao considerar as diferenças por gênero dos comportamentos atrelados às principais variáveis de saúde este estudo revelou diferenças significativas. Enquanto que os adolescentes do sexo masculino apresentaram maior percentual de sobrepeso/obesidade, as meninas estão mais insatisfeitas com a própria imagem corporal. Por outro lado, os meninos são mais ativos fisicamente, enquanto que as meninas apresentam, de modo geral, maior cuidado com a saúde. Os resultados revelam também maior consumo de álcool e drogas entre os meninos.

Diante dos dados apresentados é necessário um maior direcionamento com os adolescentes, como elaboração de programas e estratégias de promoção da saúde adequadas para cada gênero. Além disso, os dados encontrados devem contribuir para a compreensão do padrão de gênero em relação a problemas emocionais e comportamentais relacionados à saúde dos adolescentes. Recomenda-se a realização de estudos qualitativos que investiguem os fatores associados às diferenças de gênero entre adolescentes.



Artigo

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a CAPES pela concessão de bolsas; A 22ª Superintendência Regional de Ensino do Estado de Minas Gerais – MG por permitir a realização da pesquisa; Aos pais e adolescentes por permitirem e aceitarem participar desse estudo.

REFERÊNCIAS

ANJOS, R. H. D.; SILVA, J. A. S.; VAL, L. F.; RINCON, L. A.; NICHATA, L. Y. I. Diferenças entre adolescente do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. **Revista Escola Enfermagem**, v.46, n.4, p.829-37, 2012.
Doi: 10.1590/S008062342012000400007

ARENAS, J. J. S.; MARTÍNEZ, A. O. R. Relationship between self-esteem and body image in children with obesity. **Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios**, v.6, n.1, p.38-44, 2015.

BAŠKOVÁ, M.; HOLUBČÍKOVÁ, J.; BAŠKA, T. Body-image dissatisfaction and weight-control behaviour in Slovak adolescents. **Central European Journal of Public Health**, v.25, n.3, p.216-221, 2017.

BASTOS, G.A.N.; DUCA, G.F.D.; HALLAL, P.C.; SANTOS, I.S. Utilização de serviços médicos no sistema público de saúde no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.45, n.3, p.475-84, 2011.

BORTOLOTTI, C.C.; DE OLIVEIRA, F.M.; OTTE, J.; ROMBALDI, A.J.; AZEVEDO, M. R.; MADRUGA, S.W. Consumo de alimentos não saudáveis entre adolescentes brasileiros e fatores associados. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.11, n.4, p.77-89, 2018.

BRANDOLIN, F.; KOSLINSKI, M.; SOARES, A. J. G. A percepção dos alunos sobre a educação física no ensino médio. **Journal of Physical Education**, v.26, p.601-10, 2015.



Artigo

CARDOSO, A.C.C.; BISPO, T.C.F. O desafio da atenção a grupos especiais: a saúde do homem. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v.4, n.2, p.107-108, 2015.

CARNEIRO, C.D.S.; PEIXOTO, M.D.R.G.; MENDONÇA, K.L.; PÓVOA, T.I.R.; NASCENTE, F.M.N.; JARDIM, T.D.S.V.; et al. Excesso de peso e fatores associados em adolescentes de uma capital brasileira. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.20, n.2, p.260-273, 2017.

CESCHINI, F.L.; MIRANDA, M.L.J.; ANDRADE, E.L.; OLIVEIRA, L.C.; ARAÚJO, T.L.; MATSUDO, V.R.; et al. Nível de atividade física em adolescentes brasileiros determinado pelo Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ). **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v.24, n.4, p.199-212, 2016.

CIACCIA, M. C. C.; VIEIRA, A. M.; OLIVEIRA, H. N.; BONFIM, A. M. S.; ROSENBERGER, J.; SALATA, N. A.; et al. A alta prevalência de obesidade em adolescentes de escolas da rede municipal de Santos e fatores associados. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v.12, n.72, p.486-494, 2018.

CONNELL, R. **Políticas da masculinidade**. Educação e Realidade. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação. v.20, n.2, p.185-206, Jul/dez, 1995.

CONTI, M.A. Os aspectos que compõem o conceito de imagem corporal pela ótica do adolescente. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.18, n.3, p.240-53, 2008.

DIAS, D.F.; LOCH, M.R.; RONQUE, V.E.R. Barreiras percebidas à prática de atividades físicas no lazer e fatores associados em adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.11, p.3339-3350, 2015. Doi: 10.1080/17477160802464495.

FERREIRA, A.A.; NOGUEIRA, J. D.; WIGGERS, I.; FONTANA, K. E. Composição e percepção corporal de adolescentes de escolas públicas. **Motricidade**, v.9, n.3, p.19-29, 2013.



Artigo

FILIPINI, C. B.; PRADO, B. O.; FELIPE, A. O. B.; TERRA, F.S. Transformações físicas e psíquicas: um olhar do adolescente. **Adolescência & Saúde**, v.10, n.1, p.22-29, 2013.

FONSECA, H.; MATOS, M. G.; GUERRA, A.; PEDRO, J. G. Are overweight and obese adolescents different from their peers? **International Journal of Pediatric Obesity**, v.4, p.166-174, 2009.

FREITAS, E. S. F.; RIBEIRO, K. C. S; SALDANHA, A. A. W. O uso de álcool por adolescentes: Uma comparação por gênero. **Psicologia Argumento**, v.30, n.69, p.287-295, 2012.

GRAUP, S.; PEREIRA, E. F.; LOPES, A. S.; ARAÚJO, V. C.; LEGNATI, R. F. S.; BORGATTO, A. F. Associação entre a percepção da imagem corporal e indicadores antropométricos de escolares. **Revista Brasileira de Educação Física e Esportes**, São Paulo, v.22, n.2, p.129-38, abr/jun, 2008.

HATTERSLEY, L.; IRWIN, M.; KING, L.; ALLMAN, F.M. Determinants and patterns of soft drink consumption in young adults: a qualitative analysis. **Public Health Nutrition**, v.12, n.10, p.1816-1822, 2009.

KORIN, D. Novas perspectivas de gênero em saúde. **Adolescência Latino Americana**, v.2, n.2, p.67-79, 2001.

LIRA, A. G.; GANEN, A. D. P.; LODI, A. S.; ALVARENGA, M. D. S. Uso de redes sociais, influência da mídia e insatisfação com a imagem corporal de adolescentes brasileiras. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.66, n.3, p.164-71, 2017.

LOCH, M. R.; POSSAMAI, C. L. Associação entre percepção de saúde e comportamentos relacionados à saúde em adolescentes escolares de Florianópolis, SC. **Ciência Cuidado e Saúde**, v.6, n.2, p. 377-383, 2007.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Revista de Medicina**, v.89, n.2, p.70-75, 2010.



Artigo

LUCIANO, A. D. P.; BERTOLI, C. J.; ADAMI, F.; ABREU, L. C. D. Nível de Atividade Física em Adolescentes Saudáveis. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v.22, n.3, p.191-194, 2016.

MARQUES, M. I.; PIMENTA, J.; REIS, S.; FERREIRA, L. M.; PERALTA, L.; SANTOS, M.I. et al. (In)Satisfação com a imagem corporal na adolescência. **Nascer e Crescer**, v.25, n.4, p.217-21, 2016.

MATSUDO, S.; ARAUJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA, L. C.; et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Atividade Física & Saúde**, v.6, p.5-18, 2001.

MORETTI, F. A.; OLIVEIRA, V. E.; SILVA, E. M. S. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.58, n.6, p.650-658, 2012.

NEUTZLING, M. B.; ASSUNÇÃO, M. C. F.; MALCON, M. C.; HALLAL, P. C.; MENEZES, A. M. B. Hábitos alimentares de escolares adolescentes de Pelotas, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.23, n.3, p.379-388, 2010.

OEHLSCHLAEGER, M. H. K.; PINHEIRO, R. T.; HORTA, B.; GELATTI, C.; SANT'ANA, P. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. **Revista de Saúde Pública**, v.38, p.157-63, 2004.

PEREIRA, R.S.; MOREIRA, E.C. A participação dos alunos do ensino médio em aulas de educação física: algumas considerações. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v.16, n.2, p.121-127, 2005.

REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, p.3353-3362, 2012.

ROCHA, F. A. A.; SILVA, M. A. M.; MOREIRA, A. C. A.; FERREIRA, A. G. N.; MARTINS, K. M. C. Programa de Saúde da Família: percepção de adolescentes de um município do Estado do Ceará. **Adolescência & Saúde**, v.9, n.2, p.7-13, 2012.



Artigo

SILVA, L. V. M.; PACKE, C.; TKAC, C.; BRAGA, R. K.; URBINATI, K. S.
Associação entre variáveis de composição corporal e aptidão física em adolescentes.
Revista de Atenção à Saúde, v.12, n.41, p.51-56, 2014.

SOUSA, T. F. S.; SILVA, K. S.; GARCIA, L. M. T.; DEL DUCA, G. F.; OLIVEIRA,
E. S. A.; NAHAS, M. V. Autoavaliação de saúde e fatores associados em adolescentes
do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v.28, n.4, p.333-
339, 2010.

STRELHOW, M. R. W.; DE OLIVEIRA, B. C; CÂMARA, S. G. Percepção de Saúde e
Satisfação com a Vida em Adolescentes: Diferença entre os Sexos. **Revista Psicologia e
Saúde**, v.2, n.2, p.42-49, jul/dez, 2010.

WANG, M.; JABLONSKI, B.; MAGALHAES, A. S. Identidades masculinas: Limites e
probabilidades. **Psicologia em Revista**, v.12, n.19, p.54-65, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on non communicable
diseases 2010. Geneva, 2011.



Artigo

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE ENFERMEIROS SOBRE SEGURANÇA DO PACIENTE

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF NURSES ON PATIENT SAFETY

Elis Bezerra Araújo¹

Francisco Andesson Bezerra da Silva²

Maura Vanessa Silva Sobreira³

Samira Alves Braga⁴

Edjane Leite Santos⁵

Gilsandra de Lira Fernandes⁶

RESUMO - Objetivo: Analisar os conhecimentos e práticas dos enfermeiros sobre segurança do paciente no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica de um hospital público e identificar os saberes, listando as práticas voltadas a segurança do paciente. **Método:** Estudo exploratório, descritivo, com enfoque quantitativo e qualitativo. Analisados através da técnica de análise de conteúdo, formulado por Laurence Bardin. A pesquisa atendeu critérios da Resolução 466/2012, que trata de pesquisa e testes em seres humanos e do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria, aprovado com parecer de

¹Enfermeira, especialista em Gestão das Clínicas nas Regiões de Saúde, e-mail: elisbezerra.a@hotmail.com.

²Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos, SP, especialista em Gestão das Políticas em DST/aids, Hepatites Virais e Tuberculose pela UFRN, Natal, RN, Gerente Regional de Saúde da 10ª Gerência Regional de Saúde, e-mail: andessonbr@hotmail.com.

³Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de SP, Mestre em Enfermagem- UFRN, Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Docente na Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, PB, Brasil. E-mail: mauravsobreira2@gmail.com.

⁴Enfermeira assistencial na Unidade de Pronto Atendimento – UPA em Cajazeiras, PB, Brasil, pós-graduanda em Saúde Coletiva, Saúde da Família e Saúde Pública pela FSM, e-mail: saamirabraga@hotmail.com.

⁵Mestranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC, especialista em Processos Educacionais pelo Instituto Sírio Libanês. São Paulo, e-mail: edjane_leite@hotmail.com.

⁶Enfermeira, especialista em Auditoria em Serviço de Saúde, e-mail: gilsandrafernandes@hotmail.com.



Artigo

número 1.303.746. **Resultados:** Dos 26 enfermeiros entrevistados reconheceu-se que os profissionais dispõem do conhecimento acerca da Segurança do Paciente e desenvolvem ações pertinentes com o conjunto que compõe a arte do cuidar. **Conclusão:** A segurança do paciente não constitui numa simples técnica, é considerada uma ferramenta em permanente reformulação. Mesmo com os saberes e práticas considerou-se que existem dificuldades e barreiras que vão além da capacidade do profissional, arguimos sobre a recomendação da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente com a finalidade de conscientizar, determinar mudanças e implementar uma padronização. Este material pode ser utilizado para subsidiar práticas seguras no campo da Segurança do Paciente.

Palavras-chave: Enfermagem; Centro Cirúrgico; Conhecimento; Saúde; Cuidado; Segurança do Paciente.

ABSTRACT - Objective: To analyze the knowledge and practices of nurses on patient safety in the Surgical and Clinical Surgical Center of a public hospital and to identify the knowledge, listing the practices focused on patient safety. Method: Exploratory, descriptive study with quantitative and qualitative approach. Analyzed through the technique of content analysis, formulated by Laurence Bardin. The research met criteria of Resolution 466/2012, which deals with research and testing in humans and the Ethics and Research Committee of Santa Maria College, approved with an opinion number 1,303,746. **Results:** Of the 26 nurses interviewed, it was recognized that professionals have the knowledge about Patient Safety and develop pertinent actions with the set that makes up the art of caring. **Conclusion:** The safety of the patient is not a simple technique, it is considered a tool in permanent reformulation. Even with the knowledge and practices it was considered that there are difficulties and barriers that go beyond the capacity of the professional, we argue about the recommendation of the implantation of the Patient Safety Center with the purpose of raising awareness, determining changes and implementing a standardization. This material can be used to support safe practices in the field of Patient Safety.

Keywords: Nursing; Surgery Center; Knowledge; Cheers; Caution; Patient safety.



Artigo

INTRODUÇÃO

Para iniciar a discussão sobre segurança do paciente é citado como referência histórica, Hipócrates (460-377 a.C.) e sua famosa frase “*Primum non nocere*”, ou seja, “*primeiro não causar danos*”.¹ Há quatro séculos antes de Cristo, Hipócrates já abordava o cuidado seguro, e por meio dessa frase é evidente a preocupação que os profissionais de saúde devem ancorar a sua prática diária: antes de tudo não levar malefícios aos pacientes.²

A segurança do paciente é um componente crítico de melhoria da qualidade do cuidado de saúde em todo o mundo, visto que constitui um preocupante problema de saúde pública. Onde estimativas de países desenvolvidos indicam que pelo menos um em cada dez pacientes que recebem cuidados assistenciais hospitalares sofre danos ou lesões decorrentes dos mesmos, denominados Eventos Adversos (EA). As consequências desses eventos podem ser graves ou até mesmo fatais, e extremamente dispendiosas para suas vítimas, famílias e para os sistemas de cuidados de saúde.³

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) segurança do paciente é:

A redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável, em que minimamente aceitável se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual, dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência foi realizada frente ao risco de não tratamento, ou outro tratamento (WHO, 2009).

Integralizando este conceito, a segurança do paciente é a redução do cuidado incerto-perigoso na assistência à saúde e a busca de práticas para sua garantia.

Desde então a OMS adotou e colocou como prioridade a segurança do paciente colocando em sua agenda de políticas esta questão criando a Aliança Mundial para Segurança do Paciente em 2004 com a intenção de garantir um compromisso político e adaptar, socializar informações pertinentes acerca do cuidado seguro ao paciente no mundo.

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013 que tem como objetivo contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional.⁴

A Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 36 de 25 de julho de 2013, vem reforçar o PNSP, instituindo ações obrigatórias para a promoção da segurança do paciente e melhoria da qualidade, como a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), elaboração do Plano de Segurança



Artigo

do Paciente em Serviços de Saúde (PSP) e a vigilância, o monitoramento e a notificação de eventos adversos.⁵

Onde o ambiente hospitalar apresenta inúmeros riscos à saúde dos pacientes e o cuidado é considerado a essência do trabalho da enfermagem e precisa ser realizado sem causar dano, de modo a atender o cliente de maneira integral, com responsabilidade profissional garantindo um cuidado seguro.⁶

Tendo como base os argumentos da autora supracitada, e avaliando o cenário do Centro Cirúrgico (CC) e da Clínica Cirúrgica para tal problemática percebe-se que são locais propícios de acontecimentos desses eventos. Quando se fala em CC, destaca que o cotidiano do CC requer profissionais habilitados tecnicamente, inclusive no aprimoramento da comunicação; esta, quando ineficaz, causa falhas nas relações, aumentando número de erros, e assim envolvendo custos consideráveis onde os mesmos poderiam ser evitáveis.⁷

Diante da premissa foram levantados os seguintes questionamentos: Quais são os conhecimentos dos enfermeiros do Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica em um hospital público acerca da segurança do paciente? Quais os saberes dos enfermeiros do Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica sobre segurança do paciente em um hospital público? Quais as práticas voltadas à segurança do paciente realizada por enfermeiros do Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica em um hospital público?

A enfermagem está envolvida diretamente nesta temática representando a maior parcela de trabalhadores nos hospitais. Desse modo, essa pesquisa justifica-se em virtude da experiência acadêmica como monitora de instrumentação cirúrgica a vivência no âmbito da Clínica Cirúrgica, o entusiasmo pela literatura, e o interesse pela segurança do paciente é decorrente da atuação na área hospitalar como também nessa linha se coloca a possível proposta de trabalho de mestrado. Espera-se que o resultado possa contribuir na implantação da Política de Segurança do Paciente no contexto das organizações hospitalares da Paraíba.

MÉTODOS

Para atender aos objetivos propostos, foi realizado estudo de caráter exploratório – descritivo com enfoque quantitativo e qualitativo.

Atualmente o Centro Cirúrgico da instituição é constituído por três salas operatórias, uma unidade de recuperação pós-anestésica (URPA), um posto de enfermagem, dois vestiários (feminino e masculino), possuindo uma central de material



Artigo

esterilizado (CME) dividido em expurgo, sala de preparo e sala de esterilização/arsenal.

No CC são realizadas cirurgias de cinco especialidades: cabeça e pescoço, ortopédica, obstetrícia, ginecológica, urológica e geral; sendo realizada uma média de 270 cirurgias mensais.

Compreendendo as etapas que o paciente percorre após a cirurgia, sendo cada uma com oportunidade de falha e com potencial para causar danos aos pacientes, a clínica da instituição é composta por 82 leitos sendo 40 leitos da clínica cirúrgica, divididos 20 leitos na Clínica Cirúrgica Feminina (Posto C) e os outros 20 na Clínica Cirúrgica Masculina (Posto D).

Para obter o acesso a quantidade de enfermeiros foi realizada uma conversa com a coordenação setorial do CC e Clínica Cirúrgica do HRC, onde foi fornecido o dado através da visualização da escala de plantão do mês de cada setor, analisando as especificidades (escala extra) assim foi obtido o total de 30 profissionais de enfermagem sendo 23 da Clínica Cirúrgica e 7 do CC.

Por tanto, a população deste estudo foi composta por 26 profissionais de enfermagem que dispuseram a participar da pesquisa após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A amostra foi constituída por 100% dos que se enquadraram nos seguintes critérios de ter no mínimo um ano de experiência no serviço;

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário semiestruturado contendo questões de caracterização dos profissionais e questões específicas acerca da segurança do paciente.

O questionário serve como uma técnica de investigação social composta por um conjunto de questões que são submetidas a pessoas com o propósito de obter informações sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado.⁸

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, e direcionado para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria, tendo sido aprovado com parecer de nº 1.303.746.

Antes da aplicação do instrumento os profissionais foram informados sobre os objetivos do estudo e apresentado aos mesmos o TCLE. Após a aceitação em participar da pesquisa, mediante assinatura do TCLE, a mesma foi realizada.

A busca dos dados foi seguida de acordo com a escala de plantão dos enfermeiros do CC e Clínica Cirúrgica observando seus respectivos dias e aplicado no próprio local e horário de trabalho do profissional de acordo com sua disponibilidade.



Artigo

A interpretação e análise dos dados obedeceram a um procedimento de análises dos conteúdos qualitativos, conforme a técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Essa etapa consiste em discutir, analisar e interpretar os dados coletados, organizados em categorias, usando para isto as contribuições dos diferentes autores que escreveram sobre o mesmo tema ou temas próximos.⁹

Na produção da pesquisa foram considerados os requisitos apresentados pela Resolução 466/2012, que trata de pesquisa e testes em seres humanos. Está a obrigatoriedade de que os participantes, sejam esclarecidos sobre os procedimentos.

RESULTADOS

Os dados de caracterização contêm as informações sobre: idade e sexo dos enfermeiros do estudo.

O estudo se constituiu numa população jovem, ou seja, apresentando uma idade mediana de 33 anos, pois 76,92% (20) dos enfermeiros encontram-se na faixa etária entre 30 – 39 anos de idade. No que diz respeito ao gênero, houve uma predominância do sexo feminino 88,46% (23), ratificando que a profissão ainda é exercida em grande parcela por mulheres.

Sobre os dados demonstrativos de caracterização dos enfermeiros as idades variam de 20 anos, que representam 23% da população a 39 anos que corresponde ao restante de 76%. E dos 26 enfermeiros 23 são do sexo feminino (88%) e 3 do sexo masculino (11%).

Nesse sentido, pode-se afirmar que persiste a feminização na enfermagem, e retomando aos aspectos sócio históricos, a profissão nasce a partir da coexistência de cuidados domésticos, as crianças, aos velhos e aos doentes, acoplados à imagem da mulher-mãe-cuidadora, e desde sempre proprietária de um saber informal a prática da saúde.

A profissionalização feminina iniciada no final do século 19 ocorreu relacionada aos papéis femininos tradicionais, pertencendo a atividades ligadas ao cuidar, ao educar e ao servir, entendidas como dom ou vocação.¹⁰ E a construção destes papéis direciona para a escolha de uma profissão, influenciada desde a infância, que acaba escolhendo uma carreira condizente com sua condição feminina, como a enfermagem, professora entre outras.

Assim, o século 20 é evidenciado pela ruptura da imagem feminina tradicional e pelo surgimento das novas figuras-tipo de mulher, e a enfermagem constitui como um



Artigo

vetor de emancipação econômica e social das mulheres de classe média. Sabendo que no Brasil, a enfermagem foi à primeira profissão feminina universitária, destinada a sustentar os programas e funcionamento dos serviços de saúde. A enfermeira diplomada, além de seu mister de cuidar, ocupava-se com outros afazeres, também indispensáveis ao bem-estar do paciente.¹¹

É bom lembrar que apesar de haver uma afinidade histórica das mulheres com o cuidar, reconhecemos que preconceitos de gênero restringiram a participação dos homens na profissão. Mas, embora a enfermagem seja construída culturalmente como prática sexuada, feminina, os homens na profissão são uma realidade cada vez mais presente, representando rupturas importantes com estereótipos de gênero relacionados à prática do cuidado.¹²

No que tange o tempo de formação 84,62% (22) são graduados a mais de um ano, em relação ao tempo de trabalho na instituição, 80,77% (21) trabalhavam na instituição a mais de cinco anos, ainda nesta classificação, vale destacar que 80,77% (21) iniciaram a atuação já na área cirúrgica. Dentre os que estão em especialização apenas 3,85% (1) está se aperfeiçoando na área cirúrgica, no caso, Especialização em Gestão em Saúde. Ainda, da amostra (26) dois estão em especialização, respectivamente, Terapia Intensiva e Urgência e emergência.

Pesquisado os dados de formação e carreira dos profissionais de enfermagem, encontramos que 15% (4 profissionais) faz apenas 1 ano de formação e 84% mais de um ano. Sobre o tempo de atuação no serviço 21 enfermeiros (80%) trabalham a mais de um ano e o restante que são 10% a menos de um ano. Na atuação da área cirúrgica o resultado apresentou que 80% atua a mais de um ano e o restante a um ano. No que envolve especialização, a amostra demonstra que apenas um enfermeiro deu continuidade aos estudos na área cirúrgica, inferindo-se que se faz necessária uma intervenção no sentido de estimulá-los para o aprimoramento na área de atuação.

Considerando-se o papel do Enfermeiro como elo indispensável entre as equipes de saúde, compreendesse a necessidade de os profissionais estarem envolvidos em atividades de qualificação, promoção e produção do conhecimento, garantindo um cuidado de qualidade baseado em evidências científicas.¹³

DISCUSSÃO

Por motivos éticos e para preservar a identidade dos participantes da pesquisa, optou-se por criar uma classificação numérica antecedida da letra *E*, ou seja, as



Artigo

identificações *E1, E2, E3, E4, E5, E6, E8, E10, ..., E20, ..., E25 e E26* referem-se ao conjunto de nossa amostra.

A análise da compreensão sobre Segurança do Paciente expostos pelos enfermeiros participantes da pesquisa, revelou que eles contêm os conhecimentos sobre segurança do paciente onde seus relatos vêm ao encontro de suas concepções sobre o assunto que para ter a segurança é preciso devolver ações para evitar, reduzir e prevenir danos/riscos/complicações ao paciente hospitalizado.

Sabe-se que o conhecimento é essencial para uma assistência segura, e a enfermagem junto a suas ações com o cliente devem estar interligadas a fios para que erros, incidentes, complicações graves ou não, sejam prevenidos. De tal forma, com o propósito de confirmar o conhecimento dos enfermeiros do estudo sobre a compressão do tema, é revelado a partir dos relatos:

Oferecer medidas de prevenção [...] reduzindo assim riscos (E2, E18, E21, E26, 2015)

[...] minimizar os danos ao paciente (E1, E4, E13, E15, E22, E24, 2015)

[...]prevenir danos/complicações (E10, E19, 2015)

São rotinas a serem seguidas[...], sem que haja dano ao mesmo (E25, 2015).

A segurança do paciente é simplesmente o ato de evitar, prevenir ou melhorar os resultados adversos ou as lesões originadas no processo de atendimento médico-hospitalar. Cabendo-nos ressaltar que, o desenvolvimento e aperfeiçoamento da prática segura são fundamentais para prevenção de incidentes diretamente ao paciente.¹⁴

E ainda pode ser definida como a redução do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde a um mínimo aceitável, e do risco da probabilidade de ocorrência de um acidente.¹⁵

É importante destacar que o profissional de enfermagem é uma peça chave no processo do cuidar, uma vez que ela é responsável por uma gama de atividades que são respondidas no que emergem suas práticas, com a responsabilidade de garantir todo ato que é visível e ou invisível ao cuidado.

Levando em consideração os critérios dos conceitos apresentados à cima, e ressaltando o saber dos enfermeiros participantes da pesquisa é interessante expor algumas respostas na íntegra, respeitando assim, a essência do discurso:



Artigo

Pode ser compreendida como a utilização de técnicas, meios e equipamentos para evitar acidentes com o usuário durante o processo de tratamento (E8, 2015).

É o conjunto de procedimentos, com objetivo de prevenir o paciente contra danos, riscos, incidentes e complicações durante o período de internamento (E11, 2015).

Podemos discernir que compreender o que é segurança do paciente é de extrema importância, no mesmo momento que, o profissional da enfermagem constrói a cadeia do cuidado dentro de procedimentos, compromisso e atitudes favoráveis ao bem-estar do usuário, buscando medidas preventivas para redução do surgimento de eventos dispensáveis ao sistema de saúde.

A segurança é um dos critérios básicos para garantir a qualidade da assistência ao paciente, e a adoção de estratégias para redução de erros, danos, eventos adversos e complicações em Instituições de Saúde são fundamentais.¹⁶

Quanto aos aspectos relacionados como a Segurança do Paciente pode ser trabalhada e as ações desenvolvidas no ambiente cirúrgico pelos enfermeiros da pesquisa, a partir dos relatos, mostram-se em diversos atos.

E Todas as iniciativas faz com que a segurança do paciente se torne prioridade, onde nos foram apresentadas que é preciso a identificação correta dos pacientes, aplicação dos 05 certos; Medidas de segurança para realização do cuidado; Comunicação eficiente entre os profissionais e Orientações pertinentes ao paciente no pré e pós-operatório. Assim relataram:

[...] pode-se implementar medidas de identificação correta (p.ex: nome, dias de internação, idade, etc)[...] fomentar a regra dos 05 certos (E2, E10, E11, E24, 2015)/[...] identificar corretamente o paciente (E3, E9, E18, E25, 2015)/[...]utilizar regra dos 05 certos (E13,2015).

A identificação do paciente é uma prática imperativa para garantir a segurança do paciente em qualquer ambiente de cuidado à saúde, onde erros de identificação podem acarretar sérias consequências para o paciente, os envolvidos no cuidar e ao sistema.

As falhas na identificação do paciente podem resultar em erros de medicação, desacertos em testes diagnósticos, procedimentos realizados em pacientes errados e/ou em locais errados. Para assegurar que o paciente seja corretamente identificado, todos os profissionais devem participar ativamente do processo de identificação, da admissão, da transferência ou recebimento de pacientes de outras unidades, antes do início dos



Artigo

cuidados, de qualquer tratamento ou procedimento, da administração de medicamentos e soluções. E alguns pontos de atenção devem ser sugeridos aos profissionais, como: nunca utilize idade, sexo, diagnóstico, número do leito ou do quarto para identificar o paciente; verifique continuamente a integridade da pele do membro no qual a pulseira está posicionada e utilize outras formas para confirmar os dados antes da prestação dos cuidados.¹⁷

Ainda, a identificação deve ser feita por meio de algum dispositivo que melhor se enquadre na instituição. Para isso, faz-se necessário uma devida padronização, com o objetivo de facilitar e assegurar a identificação correta do paciente, seja ela no leito, nos prontuários, nos processos cirúrgicos, nos rótulos de medicamentos, na realização de cuidados e nas solicitações de exames, tudo isso com a participação ativa do paciente e dos familiares.

Podemos afirmar que para realizar qualquer procedimento de saúde é preciso que o profissional esteja seguro e tenha domínio das técnicas como também da teoria, principalmente aquelas que dizem respeito à condução de medicamentos.

Assim, quando se fala em administração de medicamentos, a equipe responsável por esse procedimento tem que ser habilitada nos cinco certos (5c) Medicamento certo; Dose certa; Via certa; Horário certo; Paciente certo.

Sabendo que a segurança do paciente está relacionada ao estabelecimento de medidas de prevenção, no processo de trabalho é indispensável à busca contínua de melhorias, dessa forma os quatro certos acrescentados, vem para reforçar o cuidado seguro.

Por mais que não tenha sido relatado, é importante ressaltar que os registros de enfermagem são considerados uma forma de comunicação escrita e essencial ao processo de assistência à saúde, pois retratam uma realidade documentada.

Além de garantirem a comunicação efetiva, fornecem respaldo legal e, conseqüentemente, segurança, pois se configuram como o único documento que relata as ações de enfermagem junto ao paciente. Devendo haver um comprometimento por parte dos profissionais em registrar o evento ocorrido detalhadamente, pois tais informações poderão conduzir mudanças na estrutura, nos processos e resultados da assistência.¹⁸

Esses registros efetuados pela equipe de enfermagem (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem) assegurar a comunicação entre os membros da equipe e garante a continuidade das informações nas 24 horas, uma condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global, refletindo assim aos mesmos todo o empenho e força de trabalho da equipe de enfermagem, valorizando suas ações.



Artigo

Sobre Medidas de segurança na realização do cuidado foi fomentada a partir do conteúdo nas respostas frequentes: Higienização das mãos, os usos de EPI's, locomoção do paciente, sobem a grade das camas, mudança de decúbito para prevenção de úlceras por pressão. Os enfermeiros que participaram da pesquisa afirmam realizarem as ações supracitadas, com o intuito de a partir delas efetivarem uma real melhoria no cuidar dos clientes. Com isso, segue transcrição dessas afirmações:

Assepsia das mãos antes e depois dos procedimentos [...] subo as grades das camas, [...] e mudança de decúbito (E1, 2015).

Higiene das mãos, utilização de máscaras e gorros, mudança de decúbito dos pacientes no leito (E12, 2015).

[...] higienização das mãos; prevenção de quedas [...]; mobilização do paciente no leito, para prevenção de úlceras por pressão (E13, 2015).

Obrigatoriedade do uso de equipamentos de proteção (E19, 2015).

Todas essas iniciativas citadas acima corroboram com a ideia de que a segurança do paciente deva ser a prioridade, evitando os eventos indesejáveis, perdas e gastos desnecessários a saúde.

A higiene das mãos é reconhecida como a primeira evidência de prevenção da infecção cruzada.¹⁹

Para acrescentar, podemos elucidar a importância da higienização das mãos, além de proteger o profissional, protege e traz benefícios para o paciente, quebrando uma cadeia de contaminação, prevenindo e reduzindo as infecções relacionadas à assistência à saúde. Lembrando que o Primeiro Desafio Global focou na prevenção e redução das Infecções Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS), envolvendo justamente *a higienização das mãos*.

O nível de contaminação nas mãos reflete o tipo e a intensidade do contato que o profissional tem com o paciente, como atividades que envolvam o contato direto ou indireto. Diante do risco de infecção, a higiene das mãos representa inquestionavelmente uma medida individual de prevenção simples e de baixo custo.²⁰ Historicamente é reconhecido e reafirmado o risco de infecção associado às mãos e ao aumento da resistência microbiana, o que exige, além da vigilância epidemiológica, também a priorização em programas efetivos de educação.

Apesar dos EPI's, ser um excelente dispositivo de proteção, ainda existem profissionais que se mantêm resistente a sua utilização, seja pela pressa, falta de tempo ou por acreditar que nada de grave possa acontecer. A sua utilização é uma ferramenta de



Artigo

extrema importância e relevância em qualquer organização de saúde, que acarreta segurança e proteção para os envolvidos na arte do cuidar.

Outra atitude que foi relatada pelos enfermeiros da pesquisa, ainda nesta classificação, foi à prestação da assistência durante a locomoção dos pacientes e na mudança de decúbito para prevenção de úlceras.

Os eventos do tipo queda podem resultar em uma ou mais consequências imediatas, como traumas teciduais de diferentes intensidades, em que o paciente sofre contusões com hematomas, fratura, lesões tissulares com e sem necessidades de sutura, edema, retirada ou desconexão de diferentes artefatos terapêuticos. Algumas medidas devem ser tomadas para evitar que quedas ocorram de forma monitorada para que não traga prejuízos ao paciente, promovendo a segurança durante todo o processo de assistência hospitalar.²¹

Por mais que não tenha sido acionado por todos os enfermeiros participantes da pesquisa, o cuidado na mudança de decúbito para prevenção de úlceras por pressão se apresentou em algumas respostas como uma ação adequada e necessária para garantir uma melhor assistência ao paciente, sendo então, pertinente classificá-la como um critério a ser operacionado dentro das ações que garantam melhorias no cuidar.

As medidas de prevenção à úlcera por pressão são relativamente simples e pouco dispendiosas. A medida básica mais importante é a mudança periódica de posicionamento do paciente. O alívio da pressão sobre uma proeminência óssea por 5 minutos a cada 2 horas permite a adequada recuperação do tecido à agressão isquêmica e evita, muitas vezes, a formação da lesão. É importante na mudança posicional do paciente evitar-se movimentos que causem fricção ou cisalhamento da pele.²²

Para Comunicação eficiente entre os profissionais, os participantes da pesquisa reconhecem como a comunicação é essencial para o desenvolvimento do cuidado seguro em saúde. Como revela a afirmativa:

Educação permanente, e que possa ser aplicada no cotidiano paciente/profissional, ou seja, a comunicação é essencial (E2, 2015).

A comunicação competente propicia humanização e constrói um cuidar de modo transformador, advindo da interação entre paciente/profissional.²³

Portanto, a categoria estudada apresenta que a prática da comunicação de forma eficiente e durante a hospitalização é extremamente essencial para promover, proporcionar segurança e conforto ao usuário.



Artigo

As estratégias para a redução de incidentes devem se concentrar no treinamento da equipe, no desenvolvimento contínuo dos profissionais, na liderança clínica e principalmente na melhoria da comunicação.²⁴

Outra forma já citada, mas que precisa ser cumprida são justamente os registros de enfermagem que se configura como uma forma de comunicação escrita essencial para assistência em saúde.

E os registros de enfermagem retratam uma realidade documentada, além de garantirem a comunicação efetiva entre a equipe de saúde, fornecem respaldo legal e, conseqüentemente, segurança, pois se configuram como um documento que aponta e relata as ações realizadas pelo profissional.²⁵

Ainda, a similaridade presente nos relatos feitos pelos enfermeiros formou a base de Orientações pertinentes ao paciente no pré e pós-operatório. Dando a real importância, segue a transcrição de algumas repostas:

Acredito que ofertando orientações corretas, observando queixas e tentando solucionar-las, [...] e orientando os pacientes e acompanhantes (E9, 2015)/ [...] vigilância no P.O.I e P.O.M (E3, 2015)/ [...] orientações sobre seu caso clínico bem como orientações sobre pós-operatório; assistência intensificada no pós-imediato (E4, 2015)/ [...] Orientações sobre procedimentos (E5, 2015)/ [...] Orientações pertinentes (E7, E10, 2015)/ [...] promovendo o conhecimento do usuário/cuidador (E8, 2015)/ [...] orientar o paciente/acompanhante da importância do pré-operatório (E11, 2015)/ [...] esclarecer dúvidas sobre cuidados (E20, 2015).

As orientações no perioperatório são fundamentais para garantir a qualidade da assistência e a população estudada nos evidencia tal importância. Desse modo, ressaltamos que a maioria evidenciou que realizam as seguintes orientações: informações acerca do procedimento a ser realizado, tanto para o paciente como para o acompanhante, explicação sobre administração de medicamentos e curativos, o jejum conforme prescrição médica, como também, não receber dieta sem autorização médica ou da equipe plantonista, não elevar a cabeceira no Pré-Operatório Imediato. Ainda, para fortalecer e completar o pensamento do estudo, expomos a fala:

Deve ser feito sempre pelo enfermeiro, as orientações, tanto no pré quanto no pós-operatório, pois dessa forma irá amenizar o medo e a



Artigo

ansiedade pelos quais os pacientes passam durante os procedimentos cirúrgicos (E18, 2015).

A fala do participante concretiza a benfeitoria que as orientações trazem para o cliente, a equipe e ao serviço, pois o esclarecimento das dúvidas e as orientações são o ponto de partida para uma assistência humanizada, comprometida e responsável.

A equipe de enfermagem, mesmo não sendo a responsável pela prescrição e por certos procedimentos, precisa conhecer os aspectos envolvidos em cada etapa do processo de cuidar. Por exemplo, ao atuar nas fases que antecedem a cirurgia, os enfermeiros tem a possibilidade de interceptar erros que passaram despercebidos.²⁶

Realizando uma análise referente as Ações pertinentes e melhorias na Segurança do Paciente realizadas pelos enfermeiros no CC e Clínica Cirúrgica nos fez perceber que esses profissionais desenvolvem ações e procedimentos direcionados a uma prática de enfermagem segura, e suas respostas revelaram a importância dada a essas ações, como sendo basais para a segurança do paciente, e devendo ser seguidas por todos os profissionais que trabalham na instituição. No mais, essa análise serve como um guia para elucidar como podemos, enquanto profissional, contribuir diretamente na segurança do paciente.

Embora não tenha sido citada, vale lembrar a importância da participação do paciente no seu próprio cuidado, sendo fundamental, pois os pacientes devem ser estimulados e capacitados a serem atores neste processo. Assim, com a ação conjunta, entre os profissionais da saúde e os próprios pacientes, cada qual cumprindo suas funções, pode-se almejar crescentes avanços na garantia da Segurança do Paciente.

Sobre às dificuldades para implementação de ações de segurança ao paciente no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica pelos enfermeiros, deixou evidente que há existência do déficit de capacitações e protocolos facilita para essa dificuldade. Onde a partir do reconhecimento das dificuldades, os enfermeiros levantaram suas sugestões para que haja consistência nas ações de segurança do paciente no ambiente cirúrgico.

Ao mesmo tempo em que nossos informantes apresentam como dificuldade o Déficit de capacitação para equipe sugerem que para garantir a segurança do paciente faz-se necessário a consolidação de cursos de capacitação e qualificações.

Os relatos dos profissionais da pesquisa demonstram essa afirmação, que apresentamos nas formas transcritas:

O hospital necessita de treinamento para as equipes, como por exemplo oficinas, capacitações etc... e os profissionais quando tiverem essa



Artigo

oportunidade agarrar com todas as forças para buscar o melhor que a unidade oferece, oferecendo mais segurança ao paciente (E9, 2015).

[...] e treinamento da equipe (E10, 2015). [...] déficit de capacitação para os profissionais de saúde (E18, 2015). [...] o que falta para melhorar são ações como capacitação para toda a equipe, pelo menos uma vez ao ano (E11, 2015).

Os relatos apresentados mostram que os profissionais reconhecem que a capacitação e qualificação dependem da vontade do profissional em aprender, a fim de suprir a falta de conhecimento.

Portanto, temos que reconhecer que as instituições de saúde devem se comprometer e incentivar seus profissionais ao aperfeiçoamento, tanto na fomentação de cursos, palestras e meios de qualificações, quanto facilitar a iniciativa dos profissionais que buscam se capacitar. Contudo, devemos esclarecer que não se pode atribuir toda responsabilidade a instituição, os profissionais devem ser cientes que o aprimoramento de suas práticas é algo indispensável para garantir a qualidade do serviço prestado e assegurar uma assistência eficiente.

Pois como bem argumentada a enfermagem respalda sua prática por meio de evidências e do conhecimento científico e, para que a qualidade e a segurança na assistência em enfermagem sejam contínuas, é importante o profissional se sentir seguro no que faz. Para isso, são necessários estudo e atualização constantes.²⁷

Outra conexão entre a dificuldade e sugestão relatadas pelos os enfermeiros que foi Déficit de protocolos e Implantação de comissões e protocolos. Como bem esclarece as transcrições a seguir:

A dificuldade é porque as ações não são rotina no setor. Deveriam ser protocoladas estas ações para que todos seguissem e houvesse um padrão no serviço. Acredito que deveria ser criado impresso de protocolo com ações a serem realizadas, onde o profissional que realizou checasse e assinasse, diminuindo as negligências (E25, 2015). Implementar ações voltadas a segurança do paciente (E2, 2015). [...] criar comissões voltadas a essa assistência (E16, 2015). Criação do núcleo de segurança do paciente (E24, 2015).

Esses discursos denotam que a população estudada reconhece que os protocolos são instrumentos necessários para assistência de enfermagem, fazem uma ligação entre a



Artigo

atividade que deve ser executada e o procedimento. Sendo assim, se configura como um facilitador para competência e qualidade dos serviços prestados.

O protocolo para enfermagem é um instrumento que orienta o cuidado e a gestão nos espaços de saúde, com fins de nortear fluxos, procedimentos clínicos e condutas, melhorando a racionalidade, os recursos e incrementando a probabilidade de resultados assistenciais de qualidade e a garantia da autonomia profissional, além de ser amparado legalmente pela Lei nº 7.498.1.²⁸

Os protocolos representam para o profissional de enfermagem, em qualquer área de atuação: uma ferramenta que apresentam metas; recursos que guiam o enfermeiro; instrumento de educação do usuário; discriminação, minuciosamente, das orientações para a enfermagem; padronização do cuidado; ferramentas de atualização; recomendações sistemáticas para o manejo de problemas de saúde; ferramenta tecnológica; elemento que possibilita a linha de base para os padrões de saúde; e estrutura científica para a coordenação do cuidado.²⁹

Para fazer jus ao que nos foi informado, além da importância da capacitação e dos protocolos, alguns enfermeiros ressaltaram como medidas indispensáveis: todos os leitos com grades, insumos de qualidade, ambiente climatizado, implantação de piso antiderrapante, instalação de barras nas paredes do corredor, fluxo adequado para entrada e saída de pacientes no bloco cirúrgico, a diminuição no fluxo de profissionais em áreas críticas, estrutura física adequada como também a ativação da Unidade de Recuperação Pós Anestésica. Ou seja, a ausência de algum item desta lista se enquadra como uma dificuldade a ser enfrentada conseqüentemente uma sugestão a ser implementada.

O nível de desenvolvimento de uma organização, de seus processos de trabalho e de seus profissionais, pode afetar diretamente os resultados do cuidado, em sua maioria, resultados de falhas do sistema no qual se desenvolvem as atividades. Baseado em resultados de estudos que mostram o quanto o ambiente ou o sistema de atendimento afeta os resultados da prática de enfermagem, alguns hospitais começaram a transformar sua filosofia e infraestrutura a fim de oferecer melhores condições de trabalho e para que a enfermagem alcance melhor desempenho profissional.³⁰

CONCLUSÃO

Pretendeu-se através deste estudo analisar os conhecimentos e práticas dos enfermeiros sobre segurança do paciente no Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica de um



Artigo

hospital público, identificar os saberes e listar às práticas voltadas à segurança do paciente.

Iniciou-se percebendo que os profissionais de enfermagem dispõem do conhecimento acerca do assunto Segurança do Paciente, desmiuçados conceitos que levam a atitudes pertinentes ao exercício da profissão e proteção do cliente envolvido no cuidado, inserido no sistema. Mesmo assim a pesquisa nos fez refletir sobre a importância da necessidade da implantação do Núcleo de Segurança do Paciente com a finalidade de conscientizar, determinar mudanças e implementar uma padronização, melhorando a labuta e garantindo uma assistência e ambiente seguro.

Percebeu-se ainda que a Segurança do Paciente é trabalhada através de iniciativas diretas dos enfermeiros que as desenvolvem. Mesmo sem uma categorização, os enfermeiros reconhecem que as medidas de segurança servem para intensificar a qualidade da assistência prestada aos usuários. Nas ocasiões de cuidado do paciente é levantada uma cronologia de afazeres diários, que fortalece o comprometimento e a preocupação pelo conjunto que compõe o arranjo da segurança do paciente, formando assim, uma proteção e redução adequada de riscos desnecessários.

Dessa forma, apesar dos saberes e das práticas considerou-se que existem dificuldades e barreiras que vão além da capacidade do profissional, e que mesmo diante dos percalços o envolvimento para garantir a segurança é executado utilizando muitas vezes da arte.

Para rematar nossas considerações listamos algumas estratégias e possibilidades que se apresentam ao pesquisador interessado em utilizá-la, recomenda-se: Estudos sejam realizados com o intuito de promover a segurança do paciente; Educação continuada para todos os profissionais envolvidos no processo de cuidar; Palestra educativa, capacitação e qualificação direcionadas e específicas no âmbito dos profissionais do Centro Cirúrgico e Clínica Cirúrgica diante da Segurança do Paciente; Criação de comissões pelos profissionais pertencentes à assistência; Reuniões mensalmente e/ou trimestral com toda a equipe para discussão de casos e acontecimentos; Criação de manuais e procedimentos padrão diante da realidade e experiência vivenciada da instituição; Construir argumentos, protocolos que possam melhorar a comunicação entre a equipe de saúde; As instituições garantir insumos e matérias necessários para que as atividades de segurança sejam executadas pelos profissionais; Revitalizar a Ouvidoria como um dispositivo de diálogo entre os profissionais e a gestão, remarcando-a como um canal para sugestões; Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente nas instituições hospitalares;

Neste sentido, entende-se que novas e velhas questões vêm sendo apresentada no campo da Segurança do Paciente, no qual intensas e velozes mudanças devem ocorrer



Artigo

tanto no campo da graduação como no ambiente hospitalar, para que inquietações possam ser sanadas, enfatizando que os aprendizados com erros passados são essenciais para o ambiente seguro.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Patient Safety campaigns. [cited 2010] Available from: <http://www.who.int/patientsafety/en/>, acessado em 21/12/2018.
2. Sousa, RFF. Estudo exploratório das iniciativas acerca da segurança do paciente em hospitais do Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro, [cited 2014]; Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v22n1/v22n1a04.pdf>
3. ReisCT. A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Aloura, Universidade do Rio de Janeiro-RJ [Internet]. 2013 Available from: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14358> , acessado em 21/12/2018.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília-DF [Internet]. 2013 Apr. 2013a. Available from: <http://www.saude.mt.gov.br/upload/controle-infeccoes/pasta2/portaria-msgm-n-529-de-01-04-2013.pdf>
5. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília-DF [Internet]. 2013 June. 2013b. Available from: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2871504/RDC_36_2013_COMP.pdf/36d809a4-e5ed-4835-a375-3b3e93d74d5e
6. Fassini P, Hahn GV. Riscos à segurança do paciente em unidade de internação hospitalar: concepções da equipe de enfermagem. ISSN 2179-7692. Revista Enfermagem Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria-RS [Internet]. 2012



Artigo

May-Aug [cited 2012] v. 2, n. 2, p. 290-299. DOI:
<http://dx.doi.org/10.5902/217976924966>.

7. Pereira MCMAP. Dinâmicas e percepções sobre trabalho de equipe: um estudo em ambiente cirúrgico. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã [Internet] 2010. Available from:
<https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/827/1/Mestrado%20Maria%20do%20Carmo%20Abreu%20Pereira%20n17907.pdf>, acessado em 21/12/2018.

8. GIL AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5 ed. Editora Atlas S.A. São Paulo. Brasil. 2010.

9. Tozoni-Reis MFC. Metodologia da pesquisa. 2 ed. IESDA Brasil S.A, Curitiba [Internet] 2009. Available from: <https://teologiaediscernimento.files.wordpress.com/2015/04/metodologia-da-pesquisa.pdf>, acessado em 22/12/2018.

10. Pires D. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo: Cortez; [Internet] 1989. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n5/15.pdf>.

11. Barreira IA. Os primórdios da enfermagem modernano Brasil. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [Internet] 1997 July-Sept;1(1):161-76. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a21v17n3.pdf>.

12. Coelho EAC. Gênero, saúde e enfermagem. Brasília Rev. Bras. Enferm. 2005 May/June; vol.58 no.3 2005.

13. Teixeira CF, Paim JS.; Almeida filho N. Produção científica sobre política, planejamento e gestão no campo da saúde coletiva: visão panorâmica. Saúde Coletiva: teoria e prática, Rio de Janeiro: Medbook, [Internet] 2014.p. 585-594. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00219.pdf>.

14. Vincent C. Segurança do paciente. Orientações para evitar eventos adversos. 1 ed., Yendis, São Caetano do Sul [Internet] 2009. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n111/0103-1104-sdeb-40-111-0292.pdf>



Artigo

15. Runcinam W. Towards na International Classification for Patient Safety: Key concepts and terms. Quality in Health Care[Internet]. 2009 v. 21, n. 1, p. 18-26.
16. Vendramini RCR, Silva EA, Ferreira KASL, POSSARI JF, Baia WRM et al; Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo-SP [Internet] 2010 Feb. v. 44, n. 3, p. 827-32. Available from:<http://www.scielo.br/pdf/reusp/v44n3/39.pdf>.
17. Avelar, AFM. 10 Passos para a Segurança do Paciente. COREN-SP - Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente – REBRAENSP – POLO São Paulo [Internet] 2010.
18. Paiva, MCMS, Paiva SAR, Berti HW. Eventos Adversos: análise de um instrumento de notificação utilizado no gerenciamento de enfermagem. Revista Escola de Enfermagem Universidade de São Paulo –SP [Internet]. 2010 June. p. 87-94.
19. Oliveira DGM. Avaliação da higiene das mãos na perspectiva microbiológica. Revista Panamericana de Infectologia, São Paulo [Internet] 2010. v.12, n. 3, p. 28-32.
20. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde. Ministério da Saúde, Brasília-DF [Internet]. 2007 Available from:http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/manual_integra.pdf.
21. Souza LP, Bezerra ALQ, SilvaAEBC, CarneiroFS, ParanaguáTTB, LemosLF et al. Eventos adversos: Instrumento de avaliação do desempenho em centro cirúrgico de um hospital universitário. Revista de Enfermagem Faculdade de Enfermagem do Rio de Janeiro-RJ [Internet]. 2011 Jan/Mar. v. 19, n. 1, p. 127-33.
22. Wada A, Teixeira Neto N, Ferreira MC. Úlceras por pressão. Revista Medicina, São Paulo [Internet]. 2010 July/Dec v.89, n.3, p.170.
23. Pancieri AP, Santos BP, Avilar MAG, Braga EM et al. Checklist de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipes de um hospital escola. Revista Gaúcha



Artigo

de Enfermagem [Internet]. 2013 v. 34 n.1 p.71-78 Available from:<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/09.pdf>

24. Avery AA, Ghaleb M, Barber N, Franklin BD, Armstrong SJ, Serumaga B, et al. Investigating the prevalence and causes of prescribing errors in general practice: the practice study. [Internet]. 2013. Available from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3722831/>

25. Matsuda LM, Silva DMP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? Revista Eletrônica Enfermagem [Internet]. 2006;8(3):415-21. Available from:http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm

26. Roque KE, Melo ECP. Avaliação dos eventos adversos a medicamentos no contexto hospitalar. Esc. Anna Nery [online]. 2012, vol.16, n.1, pp.121-127. ISSN 1414-8145.

27. Velho JM, Treviso P. Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador. Centro Universitário Metodista IPA – Porto Alegre -RS, Brasil [Internet] 2013. DOI: cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=935&p_nanexo=480

28. CHALMERS, A.F. O que é ciência afinal? São Paulo: Brasiliense [Internet] 1993. Available from: http://www.nelsonreyes.com.br/A.F.Chalmers_-_O_que_e_ciencia_afinal.pdf

29. Schweitzer G. Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial à adultos vítimas de trauma: uma pesquisa convergente assistencial. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, [Internet] 2010. Available from:<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/94641>

30. Pedreira GLM, Harada MJCS. Enfermagem dia a dia: segurança do paciente. Ed. Yendis, São Caetano do Sul-SP [Internet] 2009.



Artigo

DESAFIO AO ENFERMEIRO NAS AÇÕES ASSISTENCIAIS E GERENCIAIS NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

CHALLENGE OF NURSES IN ASSISTANCE AND MANAGEMENT ACTIONS IN THE INTENSIVE THERAPY UNIT

Maria Fabiana Lucindo da Silva¹
Erica Surama Ribeiro César Alves²
Elineide de Medeiros Santos³

RESUMO - As Unidades de Terapia Intensiva são áreas hospitalares direcionadas ao atendimento a pacientes críticos que necessitam de cuidados complexos e especializados, onde os recursos tecnológicos e os procedimentos sofisticados são capazes de propiciar condições para reverter os distúrbios que colocam em risco a vida do paciente. Assim, esta pesquisa objetiva identificar os desafios aos enfermeiros nas ações de assistência e gerenciamento na unidade de terapia intensiva. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem quantitativa. Foi realizado em quatro unidades no município de Patos - PB. A amostra constou de 21 enfermeiros que trabalham nessas unidades e teve como critérios de inclusão aqueles que estavam no exercício das atividades no momento da coleta e concordaram em participar da pesquisa. As principais dificuldades citadas foram os recursos materiais insuficientes, falta de treinamento da equipe e recursos físicos inadequados. Foram apontados como procedimentos mais difíceis os cuidados com a ventilação mecânica, a punção de PICC e a punção do cateterismo umbilical. Entre os equipamentos mais difíceis de manusear estão o ventilador mecânico, os equipamentos de hemodiálise e a monitorização invasiva. Quanto às ações gerenciais desenvolvidas pelo enfermeiro citaram o gerenciamento da equipe, dos insumos e o manejo de equipamentos. Nas principais dificuldades para gerenciar o trabalho com a equipe

¹ Enfermeira. Concluinte do Curso de Especialização em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP;

² Enfermeira. Concluinte do Curso de Especialização em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP;

³ Enfermeira. Concluinte do Curso de Especialização em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP.



Artigo

multiprofissional foram identificadas: a falta de articulação do trabalho em equipe, a ausência de protocolos institucionais e a rotina excessiva. A conclusão é que são vários os desafios enfrentados pelos enfermeiros nas referidas unidades, sendo que a importância desse profissional é evidenciada com base em seu compromisso, habilidades e conhecimentos no desempenho de sua função.

Palavras-chave: Desafios; Enfermeiros; Gerenciamento; Pacientes Críticos; Unidade de Terapia Intensiva.

ABSTRACT - Intensive Care Units are hospital areas directed to the care of critically ill patients who require complex and specialized care, where technological resources and sophisticated procedures are able to provide conditions to reverse disorders that endanger the patient's life. Thus, this research aims to identify challenges to nurses in care and management actions in the intensive care unit. This is an exploratory and descriptive study with a quantitative approach. It was carried out in four units in the city of Patos - PB. The sample consisted of 21 nurses who work in these units and had as inclusion criteria those who were performing the activities at the time of collection and agreed to participate in the research. The main difficulties cited were insufficient material resources, lack of staff training and inadequate physical resources. The most difficult procedures were the care with mechanical ventilation, PICC puncture and umbilical catheterization. Among the most difficult to handle equipment is the mechanical ventilator, hemodialysis equipment and invasive monitoring. As for the managerial actions developed by the nurse, they mentioned the team management, the inputs and the equipment management. The main difficulties in managing the work with the multiprofessional team were: lack of articulation of teamwork, absence of institutional protocols and excessive routine. The conclusion is that there are several challenges faced by nurses in these units, and the importance of this professional is evidenced based on their commitment, skills and knowledge in the performance of their function.

Keywords: Challenges; Nurses; Management; Critical Patients; Intensive care unit.



Artigo

INTRODUÇÃO

A assistência a pacientes em situações de saúde cada vez mais críticas, que necessitam de respostas individuais e complexas a sua situação de saúde, tem sido destacada enquanto papel contemporâneo das instituições hospitalares. Dessa forma, o trabalho hospitalar exige novas competências dos profissionais que se deparam com mudanças tecnológicas e exigências da sua clientela, provocando, muitas vezes, transformações no seu processo de trabalho (CAMELO, 2012).

Dentre os profissionais da saúde, os enfermeiros são o eixo articulador do trabalho hospitalar já que são eles os responsáveis pelo cuidado humano, durante as vinte e quatro horas do dia. No processo de trabalho da enfermagem em unidades hospitalares, os enfermeiros têm assumido os cuidados com os pacientes mais graves, além das atividades de organização e coordenação dos serviços, desenvolvendo, de forma compartilhada, as atividades assistenciais e gerenciais (CAMELO, 2012).

Os serviços hospitalares que exigem cuidados complexos e especializados e que são destinados a pacientes críticos é a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que de acordo com o Ministério da Saúde é o setor de grande especialização e concentração de tecnologia, identificado como espaço laboral destinado a profissionais da saúde, principalmente médicos e enfermeiros, possuidores de grande aporte de conhecimentos e habilidades para a realização de procedimentos (BRASIL, 2005).

O enfermeiro tem como função atender as necessidades de saúde de pessoas ou das comunidades. No ambiente da Unidade de Terapia Intensiva, estas funções estão ligadas ao cuidado com o doente crítico que envolve um arsenal tecnológico específico, exigindo dos enfermeiros conhecimentos e habilidades relacionadas ao manuseio de máquinas e às necessidades dos pacientes que dependem delas (SCHWONKE *et al.*, 2011).

O gerenciamento do cuidado de enfermagem compreende a articulação entre as esferas gerencial e assistencial que integram o trabalho do enfermeiro nos mais diversos cenários de atuação, esse profissional tem sido utilizado para caracterizar, principalmente as atividades visando à realização de melhores práticas de cuidado nos serviços de saúde e de enfermagem por meio do planejamento das ações de cuidado, aprimorando a previsão e provisão de recursos necessários para assistência e da potencialização das interações entre os profissionais da equipe de saúde visando uma atuação mais articulada à gerência do cuidado de enfermagem.



Artigo

O papel assistencial do enfermeiro em Unidade de Tratamento Intensivo consiste em obter a história do paciente, realizar exame físico, executar procedimentos e intervenções relativas ao tratamento, avaliar as condições clínicas e orientar os pacientes para continuidade do tratamento. Os enfermeiros de UTI devem, ainda, aliar a utilização de instrumentos gerenciais tais como o planejamento, a supervisão e a coordenação da equipe de enfermagem (HUDAK; GALLO, 2007).

As atuações do enfermeiro na gerência e na assistência ao paciente de alta complexidade configuram-se como ponto de apoio para a equipe quer seja no que se refere à educação e preparo quer seja na coordenação do serviço de enfermagem. O gerenciamento de UTI constitui-se em atividade complexa, que requer conhecimentos e habilidades específicas por parte dos enfermeiros, além disso, é preciso que o enfermeiro reconheça o cuidado como foco a ser gerenciado dentro do universo organizacional, numa esfera que extrapole o tecnicismo em direção à integralidade horizontal da atenção à saúde, promovendo a aproximação entre o cuidar e o gerenciar (ROSSI; SILVA, 2005).

Este estudo justifica-se pela importância e necessidade de se ampliar a discussão acerca do trabalho do enfermeiro na condução do cuidado e na integração da equipe de saúde, principalmente nas Unidades de Terapia Intensiva descrevendo as diversas ações assistenciais e gerenciais desenvolvidas pelo enfermeiro nesse cenário. Foi observada a escassez de pesquisas que abordam o papel de gerenciamento e ações assistenciais do enfermeiro na UTI.

Portanto, o objetivo desse estudo é identificar os desafios dos enfermeiros nas ações de assistência e gerenciamento na Unidade de Terapia Intensiva.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo tem caráter exploratório e descritivo, utilizando-se a abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada em quatro Unidades de Terapia Intensiva pertencentes a três hospitais gerais e uma maternidade do município de Patos - PB, que são referências loco regional (6º Gerência Regional de Saúde). Cabe destacar que a maternidade conta com duas UTI (Neonatal e Materna).

Os sujeitos do estudo foram os enfermeiros das UTI investigadas, perfazendo um total de 21 entrevistados. Foram incluídos os enfermeiros que prestavam assistência no setor de referência, que estavam no exercício das atividades profissionais e que concordaram em participar da pesquisa. Os dados foram coletados no período de fevereiro



Artigo

e março de 2019, por meio de entrevistas semiestruturadas, as entrevistas foram realizadas individualmente pela própria pesquisadora, nos hospitais relativos a este estudo e agendados conforme a disponibilidades de data e horário de cada entrevistado.

A análise dos dados foi realizada de acordo, com o referencial teórico metodológico e com a coleta de dados deste estudo, foram identificadas variáveis quantitativas mediante uso de questionário. As informações coletadas na primeira etapa relacionada às características sociodemográficas foram submetidas à análise estatística e apresentadas descritivamente por meio de distribuição de frequência, valores absolutos e porcentagem. Na segunda etapa foi realizada uma categorização de variáveis quantitativas para melhor apresentação das respostas dos participantes.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos sob o número CAAE: 06196119.7.0000.5181, levando em consideração os aspectos éticos em pesquisas que envolvam seres humanos, conforme descrito na Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2016).



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização sociodemográficas dos enfermeiros que atuam nas Unidades de Terapia Intensiva.

Tabela 01. Distribuição dos enfermeiros, segundo os dados sociodemográficos (N=21). Patos – PB, 2019.

VARIÁVEIS	N	%
Sexo		
Masculino	04	19
Feminino	17	81
Total	21	100
Idade		
24 a 25 anos	01	5
26 a 30 anos	03	14
Mais de 30 anos	17	81
Total	21	100
Qualificação profissional		
Especialização	16	76
Nenhum	05	24
Total	21	100
Tempo de Formação		
1 a 4 anos	03	14
5 a 8 anos	07	33
Mais de 8 anos	11	52
Total	21	100
Tempo de Trabalho na UTI		
6 meses a 4 anos	12	57
5 a 8 anos	07	33
Mais de 8 anos	02	9
Total	21	100

Fonte: Dados da Pesquisa, 2019.



Artigo

Dentre os entrevistados, 17 pertenciam ao sexo feminino (81%) e 04 pertenciam ao sexo masculino (19%). A média de idade dos entrevistados foi de 37 anos. Uma das características dos trabalhadores da área hospitalar é a predominância marcante do sexo feminino, esse quantitativo é acrescido a equipe de enfermagem, uma vez que, quase toda ela é feminina.

Com relação ao tempo de formação e qualificação profissional, observa-se que (57%) tinha entre 6 meses-4 anos de tempo de serviço dentro da unidade, (33%) dos entrevistados entre 5–8 anos e apenas (9%) com mais de 8 anos. Com relação à especialização (76%) dos entrevistados afirmaram ter algum curso de aperfeiçoamento.

Com base nos dados apresentados, fica evidente que grande parte dos entrevistados possui pouco tempo de trabalho dentro desta unidade de assistência intensiva, contudo, mais da metade possui algum tipo de especialidade ou aperfeiçoamento nesta área. Cabe ressaltar, que as instituições de saúde devem proporcionar treinamento em serviço através de ações de educação continuada/permanente para os profissionais, desta forma assegurando a manutenção da competência e de ações gerenciais desenvolvidas pelo enfermeiro.

É relevante destacar a importância do tempo de trabalho dos profissionais de enfermagem na UTI como sendo um elemento imprescindível para a efetiva qualidade da assistência ao paciente e seus familiares, pois, esses profissionais enfrentam cotidianamente as diversas dificuldades relacionadas à complexidade técnica da assistência a ser prestada, às exigências e cobranças dos pacientes, familiares, muitas vezes dos médicos, da instituição, dentre outros (GARANHANI *et al.*, 2018).



Artigo

Tabela 2 – Principais dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros em relação à assistência de enfermagem a pacientes críticos. (N=21). Patos – PB, 2019.

Dificuldades apontadas pelos enfermeiros	N
Recursos materiais insuficientes	14
Falta de treinamento da equipe	12
Recursos físicos inadequados	08
Falta de recursos humanos especializados	07
Fluxo excessivo de pacientes graves	06
Controle de Infecção por órgãos competentes	05
Implementação/Realização da SAE	04
Equipe de enfermagem insuficiente	03
Total	59

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

De acordo com a tabela 2 apresentada, os participantes da pesquisa listaram mais de um item como resposta ao questionamento. Dentre os problemas citados, o que mais nos chama a atenção são os recursos materiais insuficientes. Este problema vem influenciar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, interferindo diretamente na qualidade do cuidado prestado à população.

Os recursos materiais são essenciais no processo de assistência ao paciente, pois, seu objetivo é garantir que a assistência aos usuários não sofra interrupções por insuficiência na quantidade ou na qualidade de materiais, assim, o gerenciamento de recursos materiais torna-se fundamental (ZANDOMENIGHI *et al.*, 2014).

Outro dado importante relatado pelos enfermeiros é a falta de treinamento da equipe, a qualificação do pessoal de enfermagem é muito importante para o bom funcionamento da unidade de terapia intensiva, esse setor depende de aparatos tecnológicos, e os profissionais necessitam de conhecimento para a utilização de equipamentos e materiais usados no ambiente.

Oliveira e Chaves (2009) destacam que a falta de treinamento da equipe além de comprometer a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores influencia diretamente nos resultados da assistência prestada, prolongando o tempo de internação e aumentando os custos do tratamento dos pacientes.



Artigo

Quanto aos recursos físicos inadequados, Camelo (2012) enfatiza que o trabalho do enfermeiro é muito afetado, por essa variável, uma vez que, esse profissional é o responsável por alocar os pacientes nos espaços disponíveis, analisando a necessidade de cada um e suprindo-as conforme possível. Além disso, cada remanejamento feito com os pacientes tem que levar em consideração os recursos físicos disponíveis e a distribuição da equipe de enfermagem.

Tabela 3 – Procedimentos de enfermagem considerados difíceis de realizar em pacientes graves. (N=21). Patos – PB, 2019.

Procedimentos relatados pelos enfermeiros	N
Cuidados em relação à ventilação mecânica	16
Punção de PICC	13
Punção cateterismo umbilical	12
Seguir protocolo de prevenção úlcera por pressão	08
Cardiotocografia	08
Monitorização Hemodinâmica	07
Aferir Pressão Venosa Central	06
Curativos biológicos	05
Total	75

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em relação aos procedimentos a ventilação mecânica foi o procedimento considerado mais difícil de realizar junto ao paciente crítico.

Zandomenighi *et al.*, (2014) aponta que quando se trata de pacientes graves, o enfermeiro presta assistência direta com mais frequência que nos demais pacientes, portanto, os procedimentos mais complexos, como os inerentes a UTI, acabam sendo realizados por estes, neste caso é responsabilidade destes profissionais monitorar os cuidados adequados com a ventilação mecânica, garantindo a permeabilidade da via aérea e a ventilação adequada do paciente, sendo esse profissional presente 24 horas.

A punção de PICC ou cateter venoso central de inserção periférica de longa permanência é utilizado pelos enfermeiros especialmente em crianças, recém-nascidos, pacientes idosos, oncológicos e dificuldades venosas para a infusão de substâncias irritantes ao vaso sanguíneo.



Artigo

Segundo Rodrigues *et al.*, (2014) o emprego desta terapêutica exige determinadas particularidades práticas que vão desde a seleção do vaso sanguíneo até a conservação do acesso. Por isso é de extrema importância que o enfermeiro tenha conhecimentos básicos em relação à fisiologia e à anatomia da rede venosa.

Nas Unidades de Terapia Intensiva a punção do cateterismo umbilical é um procedimento no qual é introduzido um cateter na veia ou na artéria umbilical, com objetivo de monitorar a pressão sanguínea, permitir a colheita intermitente de sangue para exames, infusão de medicações, exsanguíneo e transfusão, dessa forma, é importante a atuação do enfermeiro de forma consciente e cuidadosa frente a esse procedimento que é tão delicado (COFEN, 2015).

Tabela 4 – Equipamentos utilizados na assistência ao paciente crítico considerado difíceis de manipular. (N=21). Patos – PB, 2019.

Equipamentos relatados pelos enfermeiros	N
Ventilador Mecânico	19
Equipamentos de Hemodiálise	12
Monitorização Invasiva	09
Monitor Multiparâmetro	06
Total	46

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Em relação aos equipamentos utilizados na assistência ao paciente crítico, o ventilador mecânico é referenciado como um dos mais difíceis em seu manuseio, assim como no item anterior, tanto o procedimento da ventilação mecânica como o manuseio do equipamento é um desafio para o enfermeiro que trabalha na unidade de terapia intensiva.

O ventilador Mecânico segundo Souza *et al.*, (2016) é um equipamento complexo, de uso constante e que necessita de treinamento contínuo de toda a equipe para a sua utilização devendo estar capacitadas para uma correta manutenção dos parâmetros e modalidades ventilatórias e atentas a possíveis mudanças no estado do paciente.

No tocante aos equipamentos de hemodiálise utilizados em pacientes internados nas UTIs, alguns profissionais de enfermagem relatam dificuldade em sua utilização, dessa maneira, é função do enfermeiro estar habilitado para manusear a máquina de



Artigo

reposição renal contínua, uma vez que, é de sua responsabilidade a manutenção da vida do paciente, devendo estar atento às funções vitais destes durante e após o procedimento, além de realizar os devidos registros (RODRIGUES *et al.*, 2014).

Zandomenighi *et al.*, (2014) relata em seus estudos que os profissionais de enfermagem apontam certa dificuldade no manuseio do equipamento de monitorização invasiva da pressão arterial que é obtida a partir da arteriotomia. Esse procedimento é muito comum nas UTIs, cabendo, assim, ao enfermeiro a responsabilidade de prover os materiais para a inserção e manutenção da arteriotomia, conservando fidedigno esse parâmetro, além de capacitar a equipe para o correto manuseio desse equipamento nos pacientes que dele necessitarem.

Tabela 5 – Ações gerenciais desenvolvidas pelo enfermeiro na UTI. (N=21). Patos – PB, 2019.

Ações Gerenciais	N
Gerenciamento da Equipe	10
Gerenciamento de Insumos	06
Manejo de Equipamentos	05
Total	21

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

As análises da Tabela 5 apontam quais as ações gerenciais são desenvolvidas pelo enfermeiro na UTI, há preponderância do gerenciamento de equipe, seguido do gerenciamento de insumos e na sequência o manejo de equipamentos.

Destaca-se que atualmente, os profissionais de enfermagem vêm assumindo cada vez mais cargos de gerências ou de gestão em várias instituições de saúde, tanto privadas como públicas. Para o desempenho desse cargo de uma maneira eficiente é necessário que estes desenvolvam competências de liderança, gerenciamento e trabalho em equipe.

Hausmann e Peduzzi (2016) enfatizam que o gerenciamento em equipe por parte dos enfermeiros busca contemplar as relações interpessoais no trabalho, apontando a importância de uma boa comunicação, cooperação e respeito não apenas entre os membros da equipe de enfermagem como também entre a equipe de saúde de uma maneira geral. Isto facilita o sucesso nas atividades, além de propiciar aumento da



Artigo

interação e cooperação, repercutindo favoravelmente nas atividades e, conseqüentemente, na motivação e produtividade do grupo.

O gerenciamento de insumos é uma atividade considerada fundamental para o funcionamento das instituições de saúde, constituindo-se como um elemento indispensável para a realização dos serviços desse âmbito. A disponibilidade desses insumos em tempo e local adequado proporciona o desenvolvimento adequado das tarefas inerentes a esse setor, reduzindo os custos e aumentando a eficiência no atendimento.

Nas análises de Hausmann e Peduzzi (2016) verifica-se que o enfermeiro é o profissional mais adequado para exercer as atividades de gerenciamento de insumos nas UTIs, devido a sua capacitação para as atividades administrativas, aliada ao conhecimento proveniente das práticas assistenciais. Tais conectivos, propiciam um olhar diferenciado para a otimização de recursos disponíveis, avaliação e ponderação pela escolha de materiais que atendam às necessidades de pacientes e profissionais, e que proporcionem segurança ao cuidado.

É importante que o enfermeiro tenha conhecimento sobre o controle do uso dos insumos, pois, assim irá supervisionar o trabalho de sua equipe adequadamente e ainda proporcionará uma melhor qualidade no uso desses recursos necessários a assistência ao paciente crítico.

A missão de todo ambiente de saúde é garantir a assistência clínica de excelência a seus pacientes, no entanto, para que isso aconteça existe a necessidade dos recursos humanos estarem aptos para essa função e que os insumos e os equipamentos utilizados sejam de qualidades.

Nesse sentido, Hausmann e Peduzzi (2016) comentam que é crucial a participação do enfermeiro, responsável por executar procedimentos clínicos, aplicar medicamentos e acompanhar a evolução do tratamento do paciente. Além dessas funções, é importante que esse profissional participe de questões gerenciais, tais como a seleção de materiais médicos e o manejo de equipamentos.

Assim, esses autores ressaltam que o manejo correto dos equipamentos é necessário para o bom funcionamento dos âmbitos de saúde. Logo, o enfermeiro que lida com esses equipamentos diariamente deve ser treinado para diferenciar falhas humanas e técnicas que devem ser corrigidas com medidas gerenciais e treinamentos específicos.



Artigo

Tabela 6 – Principais dificuldades para gerenciar o trabalho com a equipe multiprofissional. (N=21). Patos – PB, 2019.

Dificuldades com equipe multiprofissional	N
Falta de articulação do trabalho em equipe	10
Ausência de protocolos institucionais	09
Rotina Excessiva	02
Nenhuma	02
Total	23

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A Tabela 6 trata sobre os dados relativos às principais dificuldades para gerenciar o trabalho com a equipe multiprofissional, a predominância indicada pelos enfermeiros foi à falta de articulação do trabalho em equipe, seguida da ausência de protocolos institucionais, e a rotina excessiva. Dois participantes não marcaram nenhuma opção. Cabe ressaltar que dois participantes relataram mais de uma opção para essa resposta.

Para um bom desenvolvimento das atividades no âmbito da saúde, se faz necessário obedecer à uma dinâmica uniforme e coerente de um plano bem estudado, bem como, de uma equipe articulada e que seja composta por diversos profissionais com o objetivo de prestar uma assistência eficiente e condigna ao paciente.

Nas suas pesquisas Chaves *et al.* (2012) relata que num trabalho isolado, é comum que a eficiência dos profissionais seja comprometida por uma falha no desempenho de um dos atuantes, recaindo as consequências sobre o paciente. Quando as ações são articuladas, as realizações se multiplicam e os perigos são reduzidos.

A articulação do trabalho em equipe nas palavras de Alvarenga (2015) é uma ferramenta extremamente importante para a saúde, uma vez que, um constante interesse para alcançar os objetivos proposto deve nortear a equipe, onde cada elemento necessita do trabalho do outro através de uma estreita colaboração, pois, o ponto de partida para o trabalho da equipe multiprofissional deve estar centrado numa filosofia em que, o paciente e os seus problemas, circunstancialmente dependem de todos, com igual intensidade dentro da área de competência de cada elemento do grupo.

Costa (2015) estabelece que os protocolos institucionais são os instrumentos capazes de promover a padronização das condutas no atendimento na área da saúde, pois, esses auxiliam na uniformização dos tipos de tratamentos para determinados



Artigo

diagnósticos. Portanto, a sua ausência gera desorganização e prejudicam a tomada de decisões da gestão hospitalar, principalmente no que diz respeito à assistência.

Já Alvarenga (2015) salienta que quando os conceitos que envolvem os protocolos institucionais são bem utilizados e aliados a outras estratégias ganhos quantitativos e qualitativos serão produzidos na eficácia dos tratamentos, ampliando também a segurança do paciente e diminuindo o risco de erros e eventos adversos.

De acordo com Truppel *et al.* (2015) no dia a dia da UTI, o enfermeiro depara-se constantemente com a criticidade do estado de saúde dos pacientes que se encontram no limiar entre a vida e a morte, sendo necessário o frequente desenvolvimento de procedimentos técnicos de alta complexidade, para manter a vida do paciente que está sob os seus cuidados.

Nesse sentido, Alvarenga (2015) determina que a rotina excessiva diária da UTI é pautada em inúmeras questões técnicas, exigindo competências e habilidades profissionais específicas. O enfermeiro é responsável, junto com os demais membros da equipe de enfermagem, pela maioria dessas ações de cuidados contínuos aos pacientes. Esta característica própria da profissão de desempenhar múltiplas tarefas (assistenciais, administrativas e de ensino da equipe de enfermagem) muitas vezes contribui para o estresse desencadeando um desequilíbrio nesse profissional.

CONCLUSÃO

É importante ressaltar que a assistência aos pacientes em situações críticas, os quais necessitam de respostas individuais e complexas a sua situação de saúde, vem cada vez mais se destacando enquanto papel contemporâneo das Unidades de Terapia Intensiva. Essa condição requisita novos conhecimentos e atitudes do profissional de enfermagem diante das mudanças tecnológicas e das demandas dos pacientes.

Diante dos dados apresentados e discutidos, pode-se confirmar que o objetivo da pesquisa foi respondido, uma vez que, na mesma foram identificados os desafios dos enfermeiros nas ações de assistência e de gerenciamento na Unidade de Terapia Intensiva, seja pela falta de materiais suficientes e de treinamento da equipe e dos recursos físicos inadequados, ou ainda pelas dificuldades em gerenciar o trabalho com a equipe multiprofissional devido à falta de articulação do trabalho em equipe, a ausência de protocolos institucionais e a rotina excessiva.



Artigo

Conforme os dados apresentados no estudo os enfermeiros apontam que existem alguns procedimentos e equipamentos difíceis de realizar e de manusear sendo, estes os cuidados com a ventilação mecânica, a punção de PICC, a punção do cateterismo umbilical, o ventilador mecânico, os equipamentos de hemodiálise e a monitorização invasiva.

Portanto, observa-se que no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva, o enfermeiro tem como função atender as necessidades de saúde ligadas ao cuidado com o paciente crítico e isso envolve um aparato tecnológico específico, o que demanda desses profissionais conhecimentos e habilidades relacionadas aos procedimentos e ao manuseio de equipamentos dos quais dependem esses pacientes.

Com base nas análises apresentadas na pesquisa compreende-se que os enfermeiros que trabalham na UTI estão capacitados a desenvolver algumas ações gerenciais, entre estas o gerenciamento de equipe, o gerenciamento de insumos e o manejo de equipamentos.

Nesse contexto, o papel gerencial do enfermeiro em Unidade de Tratamento Intensivo exige competência técnica e científica, cuja tomada de decisões e adoção de condutas seguras estão diretamente relacionadas à vida e à morte das pessoas. Dessa forma, a sua atuação nesse âmbito é de extrema importância, pois, são responsáveis pela articulação da sua equipe, bem como, pelo gerenciamento dos insumos atividade essa que caso não seja realizada corretamente causará um caos no cuidado ao paciente crítico.

É também função dos enfermeiros aprimorar e atualizar a sua equipe com relação ao manejo de equipamentos, pois, existem muitos equipamentos tecnológicos, os quais necessitam de preparo para o seu manuseio e de constantes atualizações nos conhecimentos já que as mudanças tecnológicas acontecem a todo o momento.

Em vista do que foi apresentado nessa pesquisa enfatiza-se que este trabalho teve como utilidade fornecer informações sobre os principais desafios enfrentados pelos enfermeiros frente à assistência aos pacientes críticos e ao gerenciamento de ações no âmbito das Unidades de Terapia Intensiva, devendo ser considerada a sua contribuição para os acadêmicos e os profissionais da área da enfermagem.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, A. A necessidade de equipe multiprofissional para melhor atendimento hospitalar. **Revista Paulista de Hospitais**, São Paulo, v. 21, n.1, p. 36-38, jan. 2015.



Artigo

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Consulta Pública n° 3, de 7 de julho de 2005**. Diário Oficial da União. 2005. Disponível em: <<http://dtr2005.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-03-CONS.ht>>. Acesso em: 28 de out. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. - (CONEP). Diário Oficial da União. **Resolução n° 510/2016, publicada em 07 de abril de 2016**. Trata das Especificidades Éticas das Pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais, Brasília, 2016. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/etica/sites/default/files/documentos/Reso510_2016_CHS.pdf>. Acesso em: 20 de fev. de 2019.

CAMELO, S. H. H. Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. Artigo de Revisão. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n.1, p. 90-100, jan./fev. 2012.

CHAVES, L. D. P.; LAUS, A. M.; CAMELO, S. H. Ações gerenciais e assistenciais do enfermeiro em unidades de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 14, n.3, p. 671-678, jul./set. 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução N° 388/2011. Normatiza a execução pelo enfermeiro, do acesso venoso, via cateterismo umbilical**, Brasília, 2015. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resolucao-cofen-n-3882011_8021.html>. Acesso em: 22 de abr. de 2019.

COSTA, M. J. C. Atuação do Enfermeiro na Equipe Multiprofissional. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 31, n.3, p. 85-87, out. 2015.

GARANHANI, M. L. et al. O trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva: significados para técnicos de enfermagem. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, n.2, p. 120-129, ago. 2018.



Artigo

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n.2, p. 258-265, abr./jun. 2016.

HUDACK, C. M.; GALLO, B. M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem: uma abordagem holística**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

OLIVEIRA, N. C.; CHAVES, L. D. P. Gerenciamento de recursos materiais: o papel da enfermeira de unidade de terapia intensiva. **Revista Rene**. (Revista da Rede do Nordeste), Fortaleza, v. 10, n.4, p. 19-27, out./dez. 2009.

RODRIGUES, Z. S.; CHAVES, E. M. C.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Atuação do Enfermeiro no cuidado com o cateter central de inserção periférica no recém-nascido. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n.5, p. 626-629, set./out. 2014.

ROSSI, F. R.; SILVA, M. A. D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n.4, p. 460-468, jun./jul. 2005.

SCHWONKE, C. R. B. et al. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n.1, p. 189-192, jan./fev. 2011.

SOUZA, N. V. D. O. et al. O trabalho da enfermagem e a criatividade: adaptações e improvisações hospitalares. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p. 356-361, jul./set. 2016.

TRUPPEL, T. C. et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.2, p. 221-227, out./nov. 2015.

ZANDOMENIGHI, R. C. et al. Cuidados intensivos em um serviço hospitalar de emergência: desafios para os enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem (REME)**, Minas Gerais, v. 18, n.2, p. 404-414, abr./jun. 2014.



Artigo

DISTÚRBIOS COGNITIVOS NO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: ASSOCIAÇÃO ENTRE NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA, QUALIDADE DE VIDA, PREVALÊNCIA DE TABAGISMO E ALCOOLISMO

COGNITIVE IMPAIRMENT IN AGING PROCESS: ASSOCIATION BETWEEN LEVEL OF PHYSICAL ACTIVITY, QUALITY OF LIFE, PREVALENCE OF SMOKING AND ALCOHOLISM

Danilo Francisco da Silva Marçal¹

RESUMO - Introdução: o envelhecimento da população é fato evidente e requer a adoção de ações interdisciplinares e integração de conhecimentos. Diversas pesquisas mostram a presença de distúrbios cognitivos, sobretudo nas idades mais avançadas. Entretanto, há poucos estudos que estabeleçam a relação entre comprometimento cognitivo com o nível de atividade física, qualidade de vida, e prevalência de tabagismo e alcoolismo na população idosa. **Objetivo:** identificar a associação da capacidade cognitiva com as variáveis sociodemográficas e econômicas, nível de atividade física, qualidade de vida e prevalência de tabagismo e alcoolismo em idosos. **Metodologia:** trata-se de um estudo transversal, com abordagem descritiva-analítica. A pesquisa realizou-se em um município do noroeste paranaense. A amostra foi constituída por cento e oitenta (180) idosos, dos quais 60,6% (109) eram do sexo feminino e 39,4% (71) do sexo masculino, com média de idade de 70,8 (\pm 7,9) anos. A coleta de dados efetivou-se por meio da aplicação de questionários que identificaram o perfil sociodemográfico e econômico, a capacidade cognitiva, o nível de atividade física, a prevalência de tabagismo e alcoolismo dos idosos. Foram aplicados testes específicos para verificar a associação entre as variáveis. **Resultados:** a maioria dos idosos apresentou distúrbios cognitivos (82,22%). Associação estatisticamente significativa foi verificada entre capacidade cognitiva, grupo etário ($p=0,0396$), situação ocupacional ($p=0,0067$) e alcoolismo ($p=0,0274$). A maioria dos entrevistados foi classificada como fisicamente ativa (89,44%). As mulheres eram significativamente mais ativas que os homens ($p=0,0012$).

¹ Mestre em Promoção da Saúde. Especialista em Personal Training, Fisiologia do Exercício e Neuropedagogia. Prof. do Departamento de Educação Física da Faculdade Intermunicipal do Noroeste do Paraná (FACINOR) e SEED/PR.



Artigo

Em relação ao grupo etário, quanto mais jovem, maior era o nível de atividade física ($p=0,0002$) e a renda familiar também se associou positivamente com o nível de atividade física ($p=0,0230$). Idosos do sexo masculino mostraram maiores problemas relacionados ao uso de álcool ($p=0,0006$). Tabagismo, nível de atividade física e qualidade de vida não mostraram associação estatisticamente significativa com a capacidade cognitiva. **Conclusões:** há prevalência expressiva de distúrbios cognitivos na amostra avaliada. Idosos mais velhos, que não possuem atividade ocupacional e que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool são mais acometidos por distúrbios cognitivos. Esta pesquisa deve servir de base para que outros estudos sejam capazes de abranger mais variáveis e aprofundar os conhecimentos relacionados à promoção da saúde da população idosa.

Palavras-chave: Idoso; Cognição; Atividade física; Qualidade de vida; Alcoolismo.

ABSTRACT - Introduction: the aging of the population is an evident fact and requires the adoption of interdisciplinary actions and integration of knowledge. Several studies show the presence of cognitive disorders, especially in the more advanced ages. However, there are few studies that establish the relationship between cognitive impairment with the level of physical activity, quality of life, and prevalence of smoking and alcoholism in the elderly population. **Objective:** to identify the association of cognitive ability with sociodemographic and economic variables, level of physical activity, quality of life and prevalence of smoking and alcoholism in the elderly. **Methodology:** this is a cross-sectional study, with a descriptive-analytical approach. The research was carried out in a city in northwest of Paraná. The sample consisted of one hundred and eighty (180) elderly, of which 60.6% (109) were female and 39.4% (71) males, with mean age 70.8 ± 7 , nine years old. Data collection was carried out through the application of questionnaires that identified socio-demographic and economic profile, cognitive ability, physical activity level, prevalence of smoking and alcoholism among the elderly. Specific tests were applied to verify the association between the variables. **Results:** the majority of the elderly had cognitive disorders (82.22%). Statistically significant association was found between cognitive ability, age group ($p=0.0396$), occupational situation ($p=0.0067$) and alcoholism ($p=0.0274$). Most of the interviewees were classified as physically active (89.44%). Women were significantly more active than men ($p=0.0012$). In relation to the age group, the younger the physical activity level ($p=0.0002$), the family income was also



Artigo

positively associated with the level of physical activity ($p=0.0230$). Male elderly showed greater problems related to alcohol use ($p = 0.0006$). Smoking, physical activity level and quality of life did not show a statistically significant association with cognitive ability. **Conclusions:** there is an expressive prevalence of cognitive disorders in the sample evaluated. Older individuals who do not have occupational activity and who present problems related to alcohol use are more affected by cognitive disorders. This research should serve as a basis for other studies to be able to cover more variables and to deepen the knowledge related to the health promotion of the elderly population.

Keywords: Elderly; Cognition; Physical activity; Quality of life; Alcoholism.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é fato evidente, presente na literatura científica e discutido em diversos âmbitos. A multidimensionalidade da temática requer cooperação entre diferentes saberes e competências. Diversas consequências do envelhecimento individual e populacional demandam adoção de ações interdisciplinares de integração de conhecimentos. Para isso, é essencial a avaliação das políticas relacionadas à promoção do envelhecimento bem-sucedido (BÁRRIOS; FERNANDES, 2014).

Nesse contexto, o envelhecimento saudável tornou-se importante pilar de investigação científica e objetivo para a tomada de decisões políticas. O envelhecimento saudável é definido como "o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice" (WHO, 2015).

A incidência de doenças crônicas sobrepostas ao fenótipo da síndrome da fragilidade resulta nas síndromes geriátricas causadoras de dependência física e cognitiva. Entre elas destacam-se: alterações cognitivas, imobilidade, instabilidade da marcha, quedas e incontinência urinária. Nesse sentido, distúrbios cognitivos (DC) estão associados à depressão, às demências e ao *delirium*, durante o processo de envelhecimento (RAMOS; CENDOROGLIO, 2011).

Diante desses fatos, alguns comportamentos e fatores podem estar relacionados com o declínio cognitivo com o passar da idade (LO et al., 2014). No entanto, a associação entre nível de atividade física, qualidade de vida, uso de tabaco e consumo de álcool nesse comprometimento ainda não possuem parâmetros firmemente estabelecidos, sobretudo na população idosa.



Artigo

A Doença de Alzheimer (DA) é o tipo de demência mais prevalente entre idosos no mundo. No Brasil, no período de 2000 a 2009, houve crescimento anual nas taxas de mortalidade na faixa etária de 60 a 79 anos de 8,4% entre as mulheres e 7,7% entre os homens com DA. No grupo etário de 80 anos ou mais, o aumento foi de 15,5% entre as mulheres e 14% entre os homens. Contudo, houve declínio do número de mortes por todas outras causas, em idosos de ambos os sexos (TEIXEIRA et al., 2015).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995), Qualidade de Vida (QV) é a percepção do indivíduo em relação à sua vida, de acordo com sua cultura e valores, em relação aos seus projetos, expectativas e objetivos. Assim, tem melhor QV o sujeito que consegue desenvolver o máximo de suas potencialidades durante sua existência.

A manutenção de um cérebro saudável é fator crucial para manutenção da qualidade de vida e preservação da independência dos idosos. Exercícios físicos e cognitivos têm demonstrado eficácia contra o declínio cognitivo relacionado à idade e à doença. Diante disso, o fato de praticantes de atividade física e aqueles que possuem bom nível de saúde mental, cognitiva e emocional sentirem-se mais capacitados e independentes, facilita participação social, familiar, espiritual e possibilita realização das atividades cotidianas (BAMIDIS et al., 2014; SILVA et al., 2012).

Determinantes da QV foram mensurados na população em envelhecimento da Finlândia, Polônia e Espanha. As associações mais relevantes foram entre os dados sociodemográficos, presença de doenças crônicas e uma rica rede social, nos três países. Alguns aspectos foram especificamente associados à QV em países individuais: idade, na Polônia; consumo de álcool e depressão, na Espanha; angina, na Finlândia e tristeza autorreferida tanto na Finlândia quanto na Polônia, porém não na Espanha (RAGGI et al., 2016).

Diversas mudanças que ocorrem na vida dos idosos, seja no âmbito social, profissional ou emocional deixam essa população vulnerável e propensa à intensificação de hábitos menos saudáveis, como o tabagismo e o consumo abusivo de álcool (SENGER et al., 2011). Esses e outros hábitos, considerados não saudáveis, como o sedentarismo, podem estar relacionados ao declínio da capacidade cognitiva e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos idosos.

Mesquita et al. (2015) investigaram a relação entre o tabagismo, capacidade de exercício, atividade de vida diária e qualidade de vida relacionada à saúde. Idosos atualmente fumantes tinham menor capacidade de exercício do que aqueles que nunca fumaram. A pontuação média para a dimensão de saúde mental, dentro do questionário



Artigo

sobre QV, foi pior nos fumantes passivos. O nível de atividade física não diferiu entre os grupos, mas foi relacionado à dependência de nicotina.

Em estudos sul coreanos foram constatados que tabagismo e consumo de álcool são fatores de risco para a depressão. Em contrapartida, os idosos mais jovens, casados e praticantes de exercício tiveram efeitos protetores sobre essa patologia. Houve, também, associação entre o início tardio do hábito de beber e fumar, após os 60 anos, com o desenvolvimento de disfunção cognitiva, apresentando diferenças significativas entre sexos (KIM et al., 2015; PARK et al., 2013).

A identificação de fatores de risco e a adoção de hábitos saudáveis podem prevenir os efeitos deletérios da idade relacionados à capacidade cognitiva. Deste modo, o estudo justifica-se na medida em que apresenta identificação do perfil sociodemográfico e dos fatores de risco relacionados à saúde, de uma amostra representativa da população de idosos de uma cidade do noroeste paranaense.

O objetivo do estudo foi verificar a associação da presença de distúrbios cognitivos com as variáveis sociodemográficas e econômicas, nível de atividade física, qualidade de vida e prevalência de tabagismo e alcoolismo em idosos.

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo caracteriza-se como transversal, com coleta de dados primários, secundários e abordagem descritiva-analítica. A amostra final foi composta por cento e oitenta (180) idosos, da cidade de Porto Rico, Paraná. Foram incluídos no estudo indivíduos com idade igual ou acima de sessenta (60) anos, cadastrados no Sistema de Atenção Básica (SIAB), com prontuários registrados no Centro de Saúde/Unidade Básica NIS II e residentes habituais em domicílios particulares, da área urbana ou rural, no município onde foi realizada a pesquisa.

Utilizou-se como critério de exclusão indivíduos com idade menor que sessenta anos; indivíduos com deficiências sensoriais (cegueira, surdez e/ou mudez) ou motoras (ortopédicas /reumatológicas) que impedissem a realização das avaliações; ausência de informante, caso houvesse necessidade; e ausência do idoso no domicílio, por tempo superior ao da pesquisa de campo.

Utilizou-se formulário estruturado com dados sociodemográficos e econômicos, que identificaram: idade, sexo, estado civil, renda familiar, região de moradia,



Artigo

escolaridade, arranjo familiar e situação ocupacional. Determinou-se a classificação socioeconômica pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2014).

A capacidade cognitiva dos idosos foi identificada por meio do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (BRUCKI et. al., 2003). Foi considerada a influência da escolaridade, dessa forma, levando-se em conta os pontos de corte estabelecidos, os idosos foram classificados em dois grupos: Apresenta Distúrbio Cognitivo (ADC) e Não Apresenta Distúrbio Cognitivo (NADC).

O nível de atividade física (AF) foi identificado por meio do *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)* versão 8, forma longa (BENEDETTI, T. B; MAZO, G. Z; BARROS, M. V. G., 2004). Este instrumento permite estimar o tipo de AF e o tempo gasto em uma semana usual (típica), por pelo menos dez minutos contínuos. As questões estão divididas em cinco seções, que compreendem: AF no trabalho; AF como meio de transporte; AF em casa, tarefas domésticas e atenção à família; AF de recreação, esporte, exercício e lazer; e tempo que passa sentado. Os idosos foram classificados como “Ativos”, caso realizassem AF durante um tempo ≥ 150 min/sem e, por consequência, classificou-se aqueles que despendiam um tempo menor do que 150 min/sem como “Sedentários”.

Para identificar a qualidade de vida dos idosos foi utilizado o instrumento *World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-OLD)*, desenvolvido e validado na versão em português por Fleck, Chachamovik e Trentini (2006). O questionário permite a avaliação da qualidade de vida em adultos idosos.

O instrumento constituído de 24 perguntas e suas respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5) atribuídos a seis facetas, que são: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade” (INT). Cada uma das facetas possui 4 itens; assim os valores dos escores brutos mais baixos e mais altos possíveis são iguais em todas as facetas (amplitude de 4 a 20).

Para identificação da situação atual e passada do uso de tabaco dos respondentes, foi aplicado o questionário adaptado *Global Adult Tobacco Survey (GATS)*, (2011). Por meio deste questionário, os idosos foram classificados em: Fumante diário; Fumante ocasional; Ex-fumante e Nunca fumou.

A prevalência de alcoolismo foi identificada por meio do *Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G)* (KANO, 2011). Consiste em 24 perguntas com respostas dicotômicas (sim ou não). Nesse instrumento cada resposta “sim” vale um



Artigo

ponto e a nota de corte de 5 pontos é tomada como um indicativo de provável abuso de álcool e problemas relacionados ao uso do mesmo.

Os dados foram descritos por meio de tabelas de porcentagem, frequências absolutas e relativas. Foi aplicado o Teste *T-Student* para comparação das variáveis independentes (as médias dos idosos com e sem distúrbio cognitivo). A associação entre as variáveis categóricas foram avaliadas por meio do Teste *Qui-Quadrado* ou Teste *Exato de Fisher*. A decisão de se rejeitar a hipótese nula (H_0) ou não foi adotada, considerando-se $p \leq 0,05$. As análises foram realizadas nos programas Statistical Analysis Software (SAS, *version* 9.0) e Statistica (versão 7.1), a partir de uma base de dados construída por meio do aplicativo Excel (versão 2013).

O estudo foi encaminhado para avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR, sob o número do parecer 1.423.637/2015, de acordo com as a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria da amostra foi constituída de mulheres (60,56%), enquanto que os homens representaram 39,44% do total. A média de idade dos participantes foi de 70,82 ($\pm 7,98$) anos. Quase metade da amostra (48,89%) encontrava-se no grupo etário de 60 a 69 anos, outros 12,78% possuíam 80 anos ou mais.

Com relação ao estado civil, a maioria era casada (57,78%) e na sequência encontravam-se os(as) viúvos(as) (33,33%). Apenas 2,78% dos(as) idosos(as) eram solteiros(as). No que se refere ao arranjo familiar, 88,89% moravam acompanhados(as) e apenas 11,11% moravam sozinhos(as).

Em pesquisa realizada na cidade de Ibicuí-BA, com 310 idosos, alguns dados encontrados foram semelhantes aos do presente estudo. A média de idade foi de 71,62 ($\pm 8,15$) anos. Observou-se maior percentual de mulheres (56,5%), de indivíduos na faixa etária entre 60-79 anos (83,9%) (NASCIMENTO et. al., 2015).

Em relação à situação ocupacional, 41,11% eram ativos(as), mesmo com a idade avançada, enquanto que 58,89% não encontravam-se mais ativos(as). A maioria dos(as) idosos(as) foram classificados na classe C (60%) e 83,33% residiam na zona urbana. Observou-se prevalência de 82,22% de idosos(as) que apresentavam distúrbios cognitivos (ADC).



Artigo

Nossos resultados se assemelham, também, aos encontrados no estudo realizado por Leite et. al. (2012), o qual identificou que a maioria dos investigados eram do sexo feminino (92,9%), com predominância de idosos com idade entre 60 e 69 anos (61,2%). No quesito renda mensal, a maioria dos idosos recebiam de 1 a 3 salários mínimos (88,2%). Já em relação a situação conjugal, observou-se que a maioria dos idosos eram viúvos (54,1%), em seguida, os casados (28,2%) e divorciados e solteiros (17,7%).

Os autores supracitados ressaltaram que os idosos de 80 anos ou mais, apresentavam maior percentual de declínio cognitivo, quando comparados aos demais grupos etários. Ainda, Valle et al. (2009), em seu estudo de base populacional sobre saúde de idosos, também observaram que os escores mais baixos do MEEM foram apresentadas pelos idosos pertencentes a faixa etária mais velha (> 80 anos).

Associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) foi verificada entre distúrbio cognitivo (DC), grupo etário e situação ocupacional ($p = 0,040$ e $p = 0,007$, respectivamente). Pode-se observar que em relação à idade, embora a prevalência de DC tenha sido maior no grupo etário dos 60 aos 69 anos (45,95%), a prevalência, quando analisada isoladamente por grupo etário, foi maior no grupo etário dos 80 anos e mais. Ressalta-se que dos 23 idosos desse grupo, todos (100%) apresentaram DC. Nos demais grupos etários a prevalência aumentou conforme a idade avançou. Dos 88 indivíduos com idade entre 60 e 69 anos, 77,27% apresentavam DC e dos 69 idosos com idade entre 70 e 79 anos, 82,60% apresentavam DC.

Associação estatisticamente significativa também foi observada entre DC e a situação ocupacional ($p = 0,007$).

A tabela 1 apresenta as variáveis sociodemográficas e econômicas de acordo com a presença e ausência de distúrbios cognitivos na amostra investigada.



Artigo

Tabela 1. Distribuição dos idosos residentes no município de Porto Rico-PR, segundo variáveis sociodemográficas e econômicas, na presença ou não de distúrbios cognitivos.

Variável	Distúrbio cognitivo				<i>p</i> -valor
	ADC (N=148)		NADC (N=32)		
	N	%	N	%	
Sexo					
Feminino	91	61,49	18	56,25	0,582
Masculino	57	38,51	14	43,75	
Grupo etário					
60 a 69 anos	68	45,95	20	62,50	0,040*
70 a 79 anos	57	38,51	12	37,50	
80 anos ou mais	23	15,54	-	-	
Renda familiar					
Até 1 S.M.	8	5,41	-	-	0,108
De 2 a 3 S.M.	109	73,65	21	65,63	
De 3 a 4 S.M.	27	18,24	11	34,38	
5 S.M. ou mais	4	2,70	-	-	
Estado civil					
Solteiro (a)	5	3,38	-	-	0,526
Casado (a)	84	56,76	20	62,50	
Divorciado (a)	9	6,08	2	6,25	
Viúvo (a)	50	33,78	10	31,25	
Moradia					
Rural	24	16,22	6	18,75	0,727
Urbano	124	83,78	26	81,25	
Escolaridade					
Não alfabetizado	69	46,62	13	40,63	0,574
1 a 4 anos	58	39,19	13	40,63	
5 a 8 anos	11	7,43	4	12,50	
9 a 11 anos	6	4,05	1	3,13	
Mais de 11 anos	4	2,70	1	3,13	
Situação ocupacional					
Ativo (a)	54	36,49	20	62,50	0,007*



Artigo

Inativo (a)	94	63,51	12	37,50	
Classificação econômica					
B	24	16,22	7	21,88	0,495
C	88	59,46	20	62,50	
D/E	36	24,32	5	15,63	

Legenda: ADC - Apresenta Distúrbio Cognitivo; NADC - Não Apresenta Distúrbio Cognitivo; SM - Salário(s) Mínimo(s); N – Número; p-valor - Valores para o Teste *Qui-Quadrado*; * - Valores Estatisticamente Significativos ($p < 0,05$).

Em relação ao nível de AF, constatou-se que 89,44% dos idosos foram classificados como ativos fisicamente, enquanto que somente 10,56% foram classificados como sedentários.

Observou-se que as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com o nível de AF foram: sexo ($p=0,001$), grupo etário ($p=0,002$) e renda familiar ($p=0,023$). As mulheres eram significativamente mais ativas fisicamente do que os homens (64,60% e 35,40%, respectivamente). Em relação ao grupo etário, nota-se que quanto mais jovem, maior o nível de atividade física. No que concerne à renda familiar, aqueles que estavam na faixa salarial entre 2 e 3 salários mínimos eram significativamente mais ativos que aqueles que se encontravam em outras faixas salariais.

Na tabela 2 observa-se o nível de AF dos idosos. Nenhuma das duas variáveis analisadas (Frequente ATI e Classificação do Nível de Atividade Física) apresentou associação estatisticamente significativa com o nível de AF, ou seja, a atividade física não interferiu diretamente na presença de distúrbios cognitivos.



Artigo

Tabela 2. Distribuição dos idosos residentes no município de Porto Rico-PR., segundo frequência em academias da terceira idade, nível de atividade física e presença ou não de distúrbio cognitivo

Variável	Distúrbio cognitivo				<i>p</i> -valor
	ADC (N=148)		NADC (N=32)		
	N	%	N	%	
Frequente ATI					
Não	140	94,59	29	90,63	0,395
Sim	8	5,41	3	9,38	
Classificação nível AF					
Ativo (a)	132	89,19	29	90,63	0,810
Sedentário (a)	16	10,81	3	9,38	

Legenda: ADC - Apresenta Distúrbio Cognitivo; NADC - Não Apresenta Distúrbio Cognitivo; N - Número; ATI - Academia da Terceira Idade; AF - Atividade Física; *p*-valor - Valores do Teste *Exato de Fisher*.

Do total de entrevistados, a maioria (93,88%) não frequentava ATI. No entanto, 89,44% foram classificados como ativos fisicamente, de acordo com o IPAQ (BENEDETTI, MAZZO e BARROS, 2004). Esses resultados mostram que os idosos utilizam alternativas diferentes para prática de AF. O nível de AF foi identificado de acordo com atividades realizadas no trabalho, como meio de transporte, atividades domésticas, atividades de recreação, esporte, exercício e lazer.

A capacidade funcional é considerada o principal indicador de saúde para os idosos. Nessa perspectiva, a prática de AF regular pode estar ligada diretamente com preservação da capacidade funcional e autonomia dos idosos, pelo maior tempo possível (CAMPOS et. al., 2016).

Diversos estudos comprovaram que idosos fisicamente ativos possuíam menores prejuízos, além de otimizarem as capacidades físicas e mentais. O exercício físico exerce efeitos positivos sobre vários processos cognitivos em idosos (REITZ; MAYEUX, 2014; CONSTANS et. al., 2016; PAHOR et. al., 2014; SOARES; DINIZ; CATTUZZO, 2013; CORDEIRO et. al., 2014; HILLMAN et. al., 2006). No entanto, investigações mais



Artigo

profundas, com protocolos pré-estabelecidos de tipo, intensidade, frequência, volume e duração de treino ainda devem ser realizadas.

Estudo recente realizado por Araújo et. al. (2015), na cidade de São José-SC, verificou que a maioria dos idosos (53,6%) apresentaram baixo desempenho cognitivo, de acordo com o MEEM. A maioria dos idosos (74,4%) não apresentaram suspeita de depressão, segundo a escala de depressão geriátrica. No entanto, a maioria (70%), também, foi classificada como suficientemente ativos (ativo/muito ativo), de acordo com o IPAQ.

Quando foi avaliada a qualidade de vida (QV), prática de atividade física e a presença ou não de distúrbios cognitivos em idosos, observou-se que os domínios capacidade funcional, aspecto físico, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais e saúde mental foram mencionados pela maioria dos idosos que praticam atividade física e possuem preservadas suas capacidades cognitivas (LEITE et. al., 2012).

QV, sobretudo em um País que se encontra em estágio notável de aumento da expectativa de vida, deve ser discutida por diversos setores. Tanto poder público, quanto organizações privadas, engajados em um trabalho de longo prazo, devem preocupar-se em garantir QV aos idosos, hoje mais ativos e participantes no mercado de trabalho. Desse modo, espera-se demanda maior de investimentos voltados para a promoção da saúde durante o envelhecimento, em nível multidisciplinar (CORREA; BORBA-PINHEIRO; DANTAS, 2013).

Nos idosos entrevistados, houve prevalência de 82,22% (N=148) de idosos(as) que apresentavam distúrbios cognitivos. Em relação à QV, 83,88% foram classificados com QV “Boa”, enquanto que 16,12% apresentaram QV “Ruim”,

Em todos os itens do questionário (Funcionamento sensorio; Autonomia; Atividades passadas, presentes e futuras; Participação social; Morte e morrer; Intimidade) e também na QV geral, os indivíduos do grupo que NADC possuem média superior de pontuação. Os domínios “Morte e morrer” e “Intimidade” apresentaram os maiores escores médios entre os idosos. As facetas “Funcionamento sensorio” e “Autonomia” apresentaram as menores médias, em ambos os grupos.

A tabela 3 apresenta a qualidade de vida dos idosos de acordo com o questionário e associada às variáveis sociodemográficas e econômicas. Observa-se que nenhuma variável possui associação estatisticamente significativa com a qualidade de vida dos entrevistados. Nenhuma faceta do questionário sobre qualidade de vida, bem como a qualidade de vida geral, mostrou-se associada ao comprometimento cognitivo dos idosos avaliados.



Artigo

Tabela 3. Distribuição dos idosos residentes no município de Porto Rico-PR, segundo variáveis sociodemográficas e econômicas e classificação da qualidade de vida.

Variável	Qualidade de vida				p-valor
	Boa (N=151)		Ruim (N=29)		
	N	%	N	%	
Sexo					
Feminino	90	59,60	19	65,52	α 0,551
Masculino	61	40,40	10	34,48	
Grupo etário					
60 a 69 anos	75	49,67	13	44,83	α 0,720
70 a 79 anos	58	38,41	11	37,93	
80 anos ou mais	18	11,92	5	17,24	
Renda familiar					
Até 1 S.M.	6	3,97	2	6,90	α 0,623
De 2 a 3 S.M.	109	72,19	21	72,41	
De 3 a 4 S.M.	33	21,85	5	17,24	
5 S.M. ou mais	3	1,99	1	3,45	
Estado civil					
Solteiro (a)	3	1,99	2	6,90	α 0,287
Casado (a)	87	57,62	17	58,62	
Divorciado (a)	9	5,96	2	6,90	
Viúvo (a)	52	34,44	8	27,59	
Moradia					
Rural	27	17,88	3	10,34	β 0,241
Urbano	124	82,12	26	89,66	
Escolaridade					
Não alfab.	71	47,02	11	37,93	α 0,097
1 a 4 anos	57	37,75	14	48,28	
5 a 8 anos	13	8,61	2	6,90	
9 a 11 anos	7	4,64	-	-	
Mais de 11 anos	3	1,99	2	6,90	
Situação ocup.					
Ativo (a)	62	41,06	12	41,38	α 0,974



Artigo

Inativo (a)	89	58,94	17	58,62	
Class. econ.					
B	26	17,22	5	17,24	α
C	87	57,62	21	72,41	0,198
D/E	38	25,17	3	10,34	

Legenda: N - Número; SM - Salário(s) Mínimo(s); Alfab – Alfabetizado (a); Class. econ. – Classe Econômica; Situação ocup.: Situação Ocupacional; p-valor – Valor do teste associativo; α - Teste qui-quadrado; β – Teste exato de Fisher.

A compreensão científica que a demência é uma patologia que surge no fim da vida e não pode ser impedida deslocou-se e, hoje, considera-se que a prevenção, por meio de estilo de vida saudável, prática regular de atividades físicas, dieta equilibrada e manutenção de uma boa qualidade de vida, desde as primeiras fases da vida, bem como, monitoramento do declínio cognitivo, manutenção de atividades cognitivas, educação contínua e cessação de hábitos não saudáveis são intervenções eficazes e podem evitar o surgimento da demência no futuro (QIU, 2012; BARNETT; HACHINSKI; BLACKWELL, 2013).

A percepção de saúde e de envelhecimento ativo, bem como os níveis de QV foram avaliados antes e após intervenção psicoeducativa em idosos. Os resultados evidenciaram que os idosos, em sua maioria, mantinham estilos de vida ativos, avaliavam positivamente o estado pessoal de saúde e concebiam saúde em uma perspectiva biopsicossocial. Esses aspectos mostraram-se fortalecidos após a intervenção. Houve diferença significativa para o domínio de participação social do WHOQOL-OLD (BORGES; SEIDEL, 2014).

Os resultados encontrados no presente estudo apontam que os domínios do Funcionamento Sensorial e Autonomia, do WHOQOL-OLD, foram os que apresentaram menor média de pontuação. Indo ao encontro dessa correlação o nível de satisfação com a Autonomia também foi menor quando comparado às outras facetas, em pesquisa realizada por Dias, Carvalho e Araújo (2013), essa pontuação foi ainda mais baixa quando foram investigados idosos institucionalizados (PEREIRA et. al., 2006).

QV que inclui melhor autorrelato de saúde geral, bem-estar e melhor capacidade funcional foi fortemente associada ao desempenho cognitivo preservado, em mulheres com mais de 80 anos (GOVEAS et. al., 2016). Uma revisão de literatura demonstrou que atenção aos sintomas depressivos e comportamento ativo podem melhorar a QV de idosos



Artigo

com demência, internados em instituições de longa permanência (BEERENS et. al., 2013).

Corroborando com esses achados e com os resultados do presente estudo, Bosboom e Almeida (2014) não identificaram associação entre o declínio cognitivo e a QV relacionada à saúde em pacientes idosos com Doença de Alzheimer. Antes e após 18 meses, à medida em que a doença progredia, a QV foi mensurada com instrumento específico para avaliação de pessoas com demência (LOGSDON et. al., 2002).

Depressão geriátrica tem efeitos negativos na QV geral e na maioria dos domínios do WHOQOL-OLD, com exceção da “morte e morrer”, de forma significativa. O apoio social demonstrou uma correlação protetora significativa nas “habilidades sensoriais”, “autonomia”, “atividades passadas, presentes e futuras”, “intimidade” e QV geral. Desse modo, concluiu-se que a QV do idoso é afetada negativamente pela presença de depressão, enquanto o apoio social afeta positivamente (UNALAN et. al., 2015).

No presente estudo, não se previa o grande número de sujeitos com sinais sugestivos de distúrbios cognitivos e, por isso, não utilizou-se ferramenta específica para mensurar QV em indivíduos com distúrbios cognitivos. Nesse sentido, essa foi uma limitação da pesquisa que pode estar relacionada à não associação entre a qualidade de vida e a presença de distúrbios cognitivos nesse contingente.

Em relação aos problemas relacionados ao consumo de álcool, somente houve associação estatisticamente significativa entre os sexos ($p=0,001$), pode-se dizer que o sexo masculino foi mais acometido com este problema e apresentou indícios sugestivos de alcoolismo (tabela 4).



Artigo

Tabela 4. Associação entre variáveis sociodemográficas e econômicas na presença ou não de problemas com consumo de álcool nos idosos avaliados.

Variáveis	Problemas com o uso de álcool				p-valor
	Não têm (N=160)		Têm (N=20)		
	N	%	N	%	
Sexo					
Feminino	104	65,00	5	25	0,001 ^{a*}
Masculino	56	35,00	15	75	
Grupo etário					
60 a 69 anos	76	47,50	12	60	0,173 ^a
70 a 79 anos	65	40,63	4	20	
80 anos ou mais	19	11,88	4	20	
Renda familiar					
Até 1 S.M.	5	3,13	3	15	0,051 ^a
De 2 a 3 S.M.	116	72,50	14	70	
De 3 a 4 S.M.	36	22,50	2	10	
5 S.M. ou mais	3	1,88	1	5	
Estado civil					
Solteiro (a)	4	2,50	1	5	0,786 ^a
Casado (a)	93	58,13	11	55	
Divorciado (a)	9	5,63	2	10	
Viúvo (a)	54	33,75	6	30	
Moradia					
Rural	29	18,13	1	5	0,116 ^b
Urbano	131	81,88	19	95	
Escolaridade					
Não alfab..	71	44,38	11	55	0,146 ^a
1 a 4 anos	65	40,63	6	30	
5 a 8 anos	15	9,38	0	0	
9 a 11 anos	5	3,13	2	10	
Mais de 11 anos	4	2,50	1	5	
Situação ocp.					
Ativo (a)	66	41,25	8	40	0,915 ^a



Artigo

Inativo (a)	94	58,75	12	60	
Class. econ.					
B	25	15,63	6	30	0,126 ^a
C	100	62,50	8	40	
D/E	35	21,88	6	30	

Legenda: N - Número; SM - Salário(s) Mínimo(s); Alfab – Alfabetizado (a); Class. econ. – Classificação Econômica; ^a - Teste *Qui Quadrado*; ^β – Teste *Exato de Fisher*; * - Valores Estatisticamente Significativos (p<0,05).

Recentes revisões sistemáticas evidenciam sobre os aspectos epidemiológicos e fatores de risco modificáveis associados à cognição e à demência. Vários fatores comportamentais foram selecionados, incluindo tabagismo, consumo de álcool e atividade física. Tabagismo é fator de risco para diversas doenças crônicas, inclusive para a Doença de Alzheimer (DA), no entanto, sua relação com a prevalência de outros tipos de demência ainda é controversa. Já o consumo moderado de álcool pode ser protetor contra o declínio cognitivo na velhice. Atividades físicas de lazer, mesmo de intensidade moderada, apresentam efeitos protetores contra a demência (BEYDOUN et. al., 2014; LEE et. al., 2010).

A maioria dos idosos não apresentaram problemas relacionados ao uso do álcool (88,89%). No entanto, todos os idosos que possuíam problemas com o uso de álcool (11,1%) apresentavam distúrbios cognitivos. No que concerne ao tabagismo, foram encontrados os seguintes resultados: 48,33% nunca fumaram, 34,45% eram ex fumantes e 17,22% foram classificados como fumantes diários.

Foram analisados também os problemas relacionados ao consumo de álcool e tabagismo com a presença ou não de distúrbios cognitivos. Pode-se inferir que o consumo do álcool possuía associação direta com a presença de distúrbios cognitivos, uma vez que o *p-valor* de 0,027 foi estatisticamente significativo. Quem não tinha problemas com álcool não apresentou distúrbio cognitivo, enquanto que entre os que possuíam problemas com uso de álcool esse índice foi de 13,51%. Com relação ao tabagismo, não houve nenhum tipo de associação dessa variável com a presença de distúrbios cognitivos, conforme os resultados apresentados na tabela 5.



Artigo

Tabela 5. Associação entre as variáveis: consumo de álcool e tabagismo na presença ou não de distúrbios cognitivos para os idosos avaliados.

Variável	Distúrbio Cognitivo				p-valor
	ADC (n=148)		NADC (n=32)		
	N	%	N	%	
Consumo de álcool					
Não tem problemas	128	86,49	32	100,00	0,027 ^{β*}
Problemas com uso	20	13,51	-	-	
Tabagismo					
Fumante Diário	24	16,22	7	21,88	0,719 ^α
Ex Fumante	51	34,46	11	34,38	
Nunca Fumou	73	49,32	14	43,75	

Legenda: ADC - Apresenta Distúrbio Cognitivo; NADC - Não Apresenta Distúrbio Cognitivo; N - Número; ^β - Teste *Exato de Fisher*; ^α - Teste *Qui Quadrado*; * - Valores Estatisticamente Significativos ($p < 0,05$).

Diversas mudanças que ocorrem na vida dos idosos, seja no âmbito social, profissional ou emocional, deixam essa população vulnerável e propensa à intensificação de hábitos menos saudáveis, como o tabagismo e o consumo abusivo de álcool. Isso poderá acarretar em um grande problema populacional, já que o número de idosos aumentará nos próximos anos (PARK et. al., 2013).

Indícios apontam que tabagismo e consumo de álcool são fatores de risco para a depressão. Idosos mais jovens, casados e praticantes de exercício tiveram efeitos protetores sobre essa patologia. Houve, também, associação entre o início tardio do hábito de beber e fumar, após os 60 anos, com o desenvolvimento de disfunção cognitiva (PARK et. al., 2013; KIM et. al., 2015).

Diversas pesquisas fornecem evidências de que consumo leve e moderado de álcool, durante a vida tardia, está associado com menor declínio na aprendizagem, memória e, conseqüentemente, melhor funcionamento cognitivo e menor risco de demência (ALMEIDA et. al., 2014; XU et. al., 2009; DOWNER; ZANJANI; FARDO, 2014). O instrumento utilizado no presente estudo não avaliou a frequência do consumo de álcool, no entanto, infere-se que os idosos sejam consumidores pesados, pois a maioria



Artigo

apresentou problemas relacionados com o uso de álcool e associação estatisticamente significativa à presença de distúrbios cognitivos.

Estudo realizado com homens, com média de idade de 42.6 (± 15.8) anos, na China, mostrou que o tabagismo foi associado com significativo declínio cognitivo, especialmente na memória imediata, atenção, linguagem e desempenho cognitivo geral. Não foi observado, no entanto, que o uso de álcool estava associado com o declínio cognitivo, ou produzia efeitos aditivos no declínio cognitivo com o tabagismo (ZHANG et. al., 2016).

Quando foram comparados à idade de início do hábito de consumir bebidas alcoólicas, os resultados sugeriram que os idosos que começam a beber em uma fase mais tarde da vida têm maiores deficiências cognitivas em comparação com seus pares que iniciaram esse hábito há décadas. Isso enfatiza a vulnerabilidade do envelhecimento do cérebro aos efeitos tóxicos do álcool (KIST et. al., 2014).

É provável que o tabagismo aumente o risco de desenvolver Doença de Alzheimer e pode ser, também, fator de risco para outras formas de demência. Essas informações são importantes para impedir ou cessar o hábito de fumar, sobretudo para indivíduos com idade superior a 65 anos (BEYDOUN et. al., 2014; LEE et. al., 2010; PETERS et. al., 2008). No entanto, os resultados aqui encontrados não associaram o tabagismo com as disfunções cognitivas.

Quando comparados indivíduos que fazem tratamento para a dependência do álcool e que estão há pelo menos um mês abstinentes, com o hábito crônico de fumar, observou-se que os indivíduos tabagistas possuem pior desempenho neurocognitivo do que aqueles que não fumam. Essa pesquisa apoia fortemente intervenções que promovam a cessação do hábito de fumar para aqueles que procuram tratamento contra a dependência do álcool (DURAZZO et. al., 2013).

Diversas mudanças que ocorrem na vida dos idosos, seja no âmbito social, profissional ou emocional, deixam essa população mais vulnerável e propensa à intensificação de hábitos menos saudáveis como o tabagismo e o consumo abusivo de álcool. Isso poderá acarretar em um grande problema de saúde pública, já que a expectativa de vida da população aumentará (SENGER et. al., 2011).

O tabaco é um dos mais potentes agentes carcinogênicos para o ser humano e seu consumo, assim como a exposição à fumaça produzida pelo fumante, é considerado principal fator de risco para doenças cardiovasculares e pulmonares. O alcoolismo está associado à hipertensão arterial, à cirrose, ao acidente vascular encefálico e a alguns tipos de câncer também (SENGER et. al., 2011).



Artigo

CONCLUSÃO

Levando-se em conta os resultados analisados, conclui-se que há prevalência expressiva de distúrbios cognitivos na amostra avaliada. Idosos mais velhos, que não possuem atividade ocupacional e que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool são mais acometidos pelo declínio cognitivo.

O nível de atividade física, a qualidade de vida e a prevalência de tabagismo não estão associados diretamente com a capacidade cognitiva dos idosos.

Um grupo preponderante de idosos possuem um bom nível de atividade física e foram classificados com ativos fisicamente. Nota-se que quanto mais jovem, maior a adesão à prática de atividades físicas. Mulheres idosas são significativamente mais ativas que os homens. Houve associação, também, entre a renda familiar e o nível de atividade física da população estudada.

Nenhum domínio da qualidade de vida foi associado às variáveis sociodemográficas, econômicas ou à capacidade cognitiva dos idosos entrevistados.

Os problemas relacionados ao uso de álcool foram associados ao sexo e a capacidade cognitiva. Homens apresentam maiores indícios de alcoolismo do que mulheres idosas. Indivíduos que apresentam problemas relacionados ao uso de álcool expõem maior prevalência de distúrbios cognitivos. No entanto, o tabagismo não foi associado a nenhuma variável sociodemográfica, econômica ou à capacidade cognitiva.

Esta pesquisa deve servir de subsídio para que outros tipos de estudos, como os longitudinais e qualitativos, sejam capazes abranger mais variáveis e aprofundar os conhecimentos relacionados à promoção da saúde da população idosa dessa região. Sugere-se investimentos em políticas públicas para o rastreamento precoce, acompanhamento e prevenção para que os distúrbios cognitivos não se agravem. Assim, os idosos conseguirão usufruir de maneira mais independente e saudável essa fase da vida.

REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2014. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>> Acesso em: 15/08/2018.



Artigo

ALMEIDA, O.P; HANKEY, G.J; YEAP, B.B; GOLLEDGE, J; FLICKER, L. Alcohol consumption and cognitive impairment in older men: a mendelian randomization study. *Neurology*. v.82, n.12, p.1038-44, 2014.

ARAÚJO, C.C.R; SILVEIRA, C; SIMAS, J.P.N; ZAPPELINI, A; PARCIAS, S.R; GUIMARÃES, A.C.Z. Aspectos cognitivos e nível de atividade física em idosos. *Saúde (Santa Maria)*. v.41, n.2, p.193-202, 2015.

BAMIDIS, P. D. et al. A review of physical and cognitive interventions in aging. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, v.44, n.3, p. 206-20, 2014.

BARNETT, J.H; HACHINSKI, V; BLACKWELL, A.D. Cognitive health begins at conception: addressing dementia as a lifelong and preventable condition. *BMC Medicine*. v.11, n.246, p.1-16, 2013.

BÁRRIOS, M. J.; FERNANDES, A. A. A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v.32, n.2, p.188–96, 2014.

BEERENS, H.C; ZWAKHALEN, S.M.G; VERBEEK, H; RUWAARD, D; HAMERS, J.P.H. Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: A systematic review. *Int. j. nurs. Stud*, v.50, n.9, p.1259-1270, 2013.

BENEDETTI, T. B; MAZO, G. Z; BARROS, M. V. G. Application of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) for evaluation of elderly women: concurrent validity and test - retest reproductibility. *R. bras. Ci e Mov*. v. 12, n.1, p.25-34, 2004.

BEYDOUN, M.A; BEYDOUN, H.A; GAMALDO, A.A; TEEL, A; ZONDERMAN, A.B; WANG, Y. Epidemiologic studies of modifiable factors associated with cognition and dementia: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, v.14, n. 643, p. 1-33, 2014.

BORGES, L.M; SEIDEL, E.M.F. Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos. *Psico USF*, v.19, n.3, p.421-431, 2014.



Artigo

BOSBOOM, P; ALMEIDA, O.P. Cognitive domains and health-related quality of life in alzheimer's disease. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, v.71, n.2, p.275-87, 2014.

BRUCKI SMD, NITRINI R, CARAMELLI P, BERTOLUCCI PHF, et al. Suggestions for utilization of the mini-mental state examination in Brazil. *Arq. Neuropsiquiatr*. v.61, n.3-B, p.777-81, 2003.

CAMPOS, A.C.V; ALMEIDA, M.H.A; CAMPOS, G.V; BAGUTCHI, T.F. Prevalência de incapacidade funcional por gênero em idosos no Brasil: uma revisão sistemática com metanálise *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol*. v.19, n.3, p.545-59, 2016.

CONSTANS, A; PIN-BARRE, C; TEMPRADO, J.J; DECHERCHI, P; LAURIN, J. Influence of Aerobic Training and Combinations of Interventions on Cognition and Neuroplasticity after Stroke. *Front Aging Neurosci*. v.164, n.8, p. 1-16, 2016.

CORDEIRO, J; DEL CASTILLO, B.L; FREITAS, C.S; GONÇALVES, M.P. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Rev. bras. geriatr. Gerontol*, v.17, n.3, p.541-52, 2014.

CORREA, D.G; BORBA-PINHEIRO, C.J; DANTAS, E.H.M. Qualidade de vida no envelhecimento humano. *Praxia*, v.1, n.1, p.36-52, 2013.

DIAS, C.S.G; CARVALHO, C.S; ARAÚJO, C.V. Comparação das percepções subjetivas de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com familiares e institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Geronto*, v.16, n.1, p.127-38, 2013.

DOWNER, B; ZANJANI, F; FARDO, D.W. The relationship between midlife and late life alcohol consumption, APOE e4 and the decline in learning and memory among older adults. *Alcohol Alcohol*, v.49, n.1, p.17-22, 2014.

DURAZZO, T.C; PENNINGTON, D.L; SCHMIDT, T.P; MON, A; ABÉ, C; MEYERHOFF, D.J. Neurocognition in 1-month-abstinent treatment-seeking alcohol-dependent individuals: interactive effects of age and chronic cigarette smoking. *Alcohol Clin Exp Res*, v.37, n.10, p.1794-803, 2013.



Artigo

FLECK, M.P; CHACHAMOVICH, E; TRENTINI, C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. *Revista de Saúde Pública*, v.40, n.5, p.785-791, 2006.

GATS (GLOBAL ADULT TOBACCO SURVEY). Grupo Colaborativo para a pesquisa mundial sobre tabagismo em adultos. Perguntas sobre Tabaco para Pesquisas: Um subconjunto de perguntas chave da Pesquisa Mundial sobre Tabagismo em Adultos, 2a Edição. Atlanta, GA: Centro de Prevenção e Controle de Doenças dos Estados Unidos, 2011.

GOVEAS, J.S; RAPP, S.R; HOGAN, P.E; DRISCOLL, I; TINDLE, H.A; SMITH, J.C. et al. Predictors of optimal cognitive aging in 80+ women: the women's health initiative memory study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, v.71, Suppl 1, p. 62-71, 2016.

HILLMAN, C.H. et al. Physical activity and cognitive function in a cross-section of younger and older community-dwelling individuals. *Health Psychol.* v.25, n.6, p.678-87, 2006.

KANO M.Y. Uso do álcool em idosos: validação transcultural do Michigan Alcoholism Screening Test – Geriatric Version (MAST-G). 2011. 78 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Pretos, Universidade de São Paulo.

KIM, S. A. et al. Exploring the non-linear relationship between alcohol consumption and depression in an elderly population in gangneung: the gangneung health study. *Yonsei Medicine Journal*, v.56, n.2, p.418-25, 2015.

KIST, N; SANDJOJO, J; KOK, R.M; VAN DEN BERG, J.F. Cognitive functioning in older adults with early, late, and very late onset alcohol dependence. *Int Psychogeriatr*, v.8, n.36, p.4863-9, 2014.

LEE, Y; BACK, J.H; KIM, J; KIM, S.H; NA, D.L; CHEONG, H.K et al. Systematic review of health behavioral risks and cognitive health in older adults. *Int Psychogeriatr*, v.22, n.2, p.174-87, 2010.



Artigo

LEITE, M.T; WINCK, M.T; HILDEBRANDT, L.M; KIRCHNER, R.M; SILVA, L.A.A. Qualidade de vida e nível cognitivo de idosos de grupos de convivência. *Rev bras geriatr gerontol.* v.15, n.3, p.481-92, 2012.

LO, A. H. Y. et al. Associations between life style and cognitive function over time in women aged 40-79 years. *Journal of Alzheimer's Disease*, v.39, n.2, p.371-83, 2014.

LOGSDON, R.G; GIBBONS, L.E; MCCURRY, S.M; TERI, L. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. *Psychosom Med*, v.64, n.3, p.510-19, 2002.

MESQUITA, R. et al. Smoking status and its relationship with exercise capacity, physical activity in daily life and quality of life in physically independent, elderly individuals. *Physiotherapy*, v.101, n.1, p.55-61, 2015.

NASCIMENTO, R.A.S.A., BATISTA, R.T.S., ROCHA, S.V., VASCONCELOS, L.R.C. Prevalence and factors associated with the decline in the elderly with cognitive low economic condition: MONIDI study. *J Bras Psiquiatr.* v.64, n.3, p.187-92, 2015.

PAHOR, M; GURALNIK, J.M; GURALNIK, M.D; AMBROSIUS, W.T; BLAIR, S. et al. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE Study randomized clinical trial. *JAMA*, v.311, n.23, p. 2387-96, 2014.

PARK, B. et al. Gender differences in the association of smoking and drinking with the development of cognitive impairment. *PLOS ONE*, v.8, n.10, p.01-07, 2013.

PEREIRA, R.J; COTTA, R.M.M; FRANCESCHINI, S.C.C; RIBEIRO, R.C.L; SAMPAIO, R.F; PRIORE, S.E. et al. Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, v.28, n.1, p.27-38, 2006.

PETERS, R; POULTER, R; WARNER, J; BECKETT, N; BURCH, L; BULPITT, C. Smoking, dementia and cognitive decline in the elderly, a systematic review. *BMC Geriatr*, v.8, n.36, p.45-63, 2008.



Artigo

QIU, C. Preventing Alzheimer's disease by targeting vascular risk factors: hope and gap. *J Alzheimers Dis.* v.32, n.3, p.721-31, 2012.

RAGGI, A. et al. Determinants of quality of life in ageing populations: results from a cross-sectional study in Finland, Poland and Spain. *PLOS ONE*, v.11, n.7, p.01-17, 2016.

RAMOS, L. R; CENDOROGLIO, M. S. *Guia de geriatria e gerontologia*. 2ª Ed. Barueri, São Paulo: Manole. 404p. 2011.

REITZ, C; MAYEUX, R. Alzheimer disease: epidemiology, diagnostic criteria, risk factors and biomarkers. *Biochem Pharmacol.* v.88, n.4, p.640-51, 2014.

SENGER, A. E. V. et al. Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.14, n.4, p.713-19, 2011.

SILVA, M. F. et al. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, v.15, n.4, p.635-42, 2012.

SOARES, R.M; DINIZ, A.B; CATTUZZO, M.T. Associação entre atividade física, aptidão física e desempenho cognitivo em idosos. *Motricidade*, v.9, n.2, p.85-94, 2013.

TEIXEIRA, J. B. et al. Doença de Alzheimer: estudo da mortalidade no Brasil, 2000-2009. *Caderno de Saúde Pública*, v.31, n.4, p.01-12, 2015.

UNALAN, D; GOCER, S; BASTURK, M; BAYDUR, H; OZTURK, A. Coincidence of low social support and high depressive score on quality of life in elderly. *Eur. Geriatr. Med*, v.6, n.4, p.219-324, 2015.

VALLE, E.A; COSTA, E.C; FIRMO, J.O.A; UCHOA, E; LIMA-COSTA, M.F. A population-based study on factors associated with performance on the Mini-Mental



Artigo

State Examination in the elderly: the Bambuí Study. *Cad Saúde Pública*. v.25, n.4, p.918-26, 2009.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization, 2015. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 15/08/2018.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION) The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science and medicine*. v.41, n.10, p.403-409, 1995.

XU, G; LIU, X.; YIN, Q; ZHU, W; ZHANG, R; FAN, X. Alcohol consumption and transition of mild cognitive impairment to dementia. *Psychiatry Clin Neurosci*, v.63, n.1, p.43-9, 2009.

ZHANG, X.Y; TAN, Y.L; CHEN, D.C; TAN, S.P; YANG, F.D; ZUNTA, -SOARES, G.B. et al. Effects of cigarette smoking and alcohol use on neurocognition and BDNF levels in a Chinese population. *Psychopharmacology*, v.233, n.3, p.435-45, 2016.



Artigo

ENFERMAGEM E OS CUIDADOS PALIATIVOS COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM CÂNCER: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

NURSING AND PALLIATIVE CARE WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CANCER: BIBLIOGRAPHIC REVIEW

Gislaine Grasielle Arante Félix¹
Cristina Costa Melquiades Barreto²
Sheila da Costa Rodrigues Silva³
Ana Paula Dantas da Silva Paulo⁴

RESUMO - Os cuidados Paliativos a crianças e adolescentes em fase oncológica representam um enorme desafio para os enfermeiros, pois quando o tratamento é ineficaz a cura deixa de existir, as metas devem ser reforçadas através da valorização de todas as instancias: físicas, emocionais, sociais, culturais, espirituais e éticas. Objetivou-se com este estudo identificar as práticas e informações da equipe de enfermagem e os cuidados paliativos com crianças e adolescentes com câncer, através de uma revisão bibliográfica. Foi realizada por meios de artigos científicos publicados nas bases de dados conceitos bibliográficos atuais, sendo estes pesquisados nas bases de dados da biblioteca virtual, Scientific Eletronic Library Online, Bireme e Lilacs, além de Manuais do Ministério da Saúde, e relacionados ao tema abordado e assim como os objetivos pretendidos, publicados a partir de 2012 a 2017, tendo um recorte temporal de 5anos. Os cuidados paliativos deverão ter em sua base a humanização em oncologia pediátrica, sendo um novo sentido na adesão terapêutica e perspectiva de sobrevida, o respeito à vida, assegurando a dignidade da qualidade de vida da criança e do adolescente, tendo como enfoque um olhar humanizado frente à dor e buscando proporcionar o melhor conforto e

¹ Graduanda do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos (FIP), Paraíba, Brasil. E-mail: gislaine.felixjp@hotmail.com;

² Mestre em Ciências da Saúde. Docente das Faculdades Integradas de Patos (FIP), Paraíba, Brasil. E-mail: cristinacmelquiades@gmail.com;

³ Mestre em Saúde Pública. Docente das Faculdades Integradas de Patos (FIP), Paraíba, Brasil. E-mail: Sheilarodrigo@hotmail.com;

⁴ Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba e Docente das Faculdades Integradas de Patos - FIP.E-mail:ap-dantas@hotmail.com.



Artigo

segurança a esses pacientes em sua singularidade. Diante disso é indispensável que o enfermeiro reflita sobre sua forma de assistência prestada, sempre mantendo o preparo focado na importância dos cuidados de enfermagem, desenvolvendo uma visão humanística, mesmo diante da impossibilidade da cura e estabelecendo a boa relação com o paciente e que estas proporcionem benefícios para ambos.

Palavras-chave: Adolescentes; Crianças; Cuidados Paliativos.

ABSTRACT - Palliative care for children and adolescents in the oncology phase presents a huge challenge for nurses, because when treatment is ineffective, cure ceases to exist, goals must be reinforced through the valuation of all instances: physical, emotional, social, cultural, spiritual and ethical. The objective of this study was to identify the practices and information of nursing and palliative care with children and adolescents with cancer, through a bibliographic review. It was carried out by means of scientific articles published in the databases, current bibliographical concepts, which were searched in the databases of Scielo virtual library, Bireme and Lilacs, in addition to Manuals of the Ministry of Health, and related to the theme as well as the intended objectives, published from 2012 to 2017, having a time cut of 5 years. Palliative care should be based on humanization in pediatric oncology, with a new meaning in therapeutic adherence and perspective of survival, respect for life, ensuring the dignity of the quality of life of children and adolescents, focusing on a humanized view facing the pain and seeking to provide the best comfort and safety to these patients in their uniqueness. In view of this, it is indispensable that nurses reflect on their form of care provided, always keeping the preparation focused on the importance of nursing care, developing a humanistic vision, even in the face of the impossibility of healing and establishing good relationship with the patient and providing them benefits for both.

Keywords: Adolescents; Children; Palliative Care.

INTRODUÇÃO

O câncer em crianças e adolescente corresponde a uma gama de diferentes malignidades, devido estar relacionados com várias patologias, sendo comum a



Artigo

proliferação desordenada de células anormais e seu surgimento poderá ocorrer em qualquer local do organismo. O tratamento não é simples e depende de vários fatores, dentre os quais a resposta imunológica do paciente, as intercorrências dos procedimentos, gravidade, duração dos efeitos colaterais, estadiamento e até mesmo a cura (SOUZA et al., 2014).

Em sua composição pode apresentar mais de 100 tipos de doenças, quando não descoberto a tempo poderá se desenvolver rapidamente e de forma descontrolada, suas células cancerígenas tendem a ser agressivas e incontroláveis com a formação de tumores malignos. As neoplasias mais comuns são as leucemias e linfomas, desenvolvendo-se na faixa etária de 0 a 19 anos (INCA, 2017).

O tratamento possui diferentes formas, incluindo intervenções cirúrgicas, quimioterapia, a hormônioterapia, radioterapia, terapia oral e a alvo. É importante ressaltar que o tratamento pode acontecer de forma isolada ou em combinação (ONCOGUIA, 2016).

Nos cuidados paliativos propostos pela Organização Mundial de Saúde tem como orientação aos profissionais de saúde uma forma de abordagem que requer inclusão de terapias curativas e reabilitação especiais, deverá ser desenvolvido com inter-relação de condutas que proporcionem conforto, segurança e apoio tanto à criança/adolescente e seus familiares, bom como entidades únicas que necessitam de apoios psicológicos e espirituais no enfrentamento dessa situação (SANTOS et al., 2013).

A assistência de Enfermagem é importante desde a descoberta e a decisão terapêutica no estabelecimento da identificação das ansiedades e fatores de pauta singular, na integridade e respeito à vida destes pacientes.

No momento da admissão hospitalizar se dará início a batalha ao tratamento, fase de medo e receio de ambas as partes, com isso, a criação do vínculo compartilhado dos profissionais com a família se faz necessário, pois este vínculo poderá ajudar nas orientações repassadas como entendimento de elo facilitador de apoio e segurança (AZEVEDO, 2016).

Os cuidados com crianças não são nada fáceis. A criança está compreendida em nossas mentes como um ser que é cheio de imaginário, saudável, delicado, cheio de alegria e vida, sempre à procura de desvendar mistérios, caindo, explorando e brincando. Por isso é tão difícil para a família aceitar tal situação, além do tratamento doloroso e riscos de morte, se faz necessário nesse momento a ação da equipe multidisciplinar, devendo assumir a posição de apoio, com visão humanística, orientando na vivência do



Artigo

processo de reabilitação, amenizando o sofrimento causado pela internação com estratégias de desenvolvimento lúdico e de alívio (SOUZA et al., 2014).

O câncer na adolescência é implicative de mudanças decorrentes do desenvolvimento biopsicossocial dessa fase da vida, com a elaboração do diagnóstico e alterações na rotina do sujeito. O tratamento poderá influenciar ainda mais na modificação e imagem corporal dos pacientes, ocorrendo então à necessidade de reelaborar suas vivências, com ênfase no amanhã para compreensão da doença e ao contexto hospitalar terapêutico (SIQUEIRA, 2015).

Foi se pensando nesses pacientes que a Enfermagem desenvolveu para assegurar a atenção prestada a fim de nortear à conduta em ambas as situações no intuito de amenizar e proporcionar segurança através da valorização de todas as instancias: físicas, emocionais, sociais, culturais, espirituais e éticas. Portanto, oferecer um sistema de apoio para com este e sua família a lidar com a doença, em seu próprio ambiente, através de suporte de educação para ajudá-los a viverem o mais ativamente possível até sua recuperação ou morte (INCA, 2017).

Diante dessas situações buscou-se saber: Será que a literatura nos traz respaldos bibliográficos para o preparo à formação dos acadêmicos e profissionais de enfermagem em relação à assistência e aos cuidados paliativos as crianças e adolescentes com câncer?

O presente estudo é de grande importância, pois traz informações necessárias para responder tal problemática, desta forma dar subsidio a população acerca do assunto, servindo também de base para outras pesquisas. Assim, este estudo tem como objetivo identificar práticas e as informações para as ações de cuidados paliativos de enfermagem à criança e adolescente com câncer.

METODOLOGIA

Neste estudo utilizou-se como abordagem metodológica a revisão da literatura, caracterizado como um método de pesquisa que permite a síntese e análise de estudos já existentes sobre o tema investigado desvendando o conhecimento atual referente ao assunto abordado (GALVÃO, 2004; MENDES; 2008).

Esse método de pesquisa é dividido pelas seguintes etapas: resposta a pesquisa norteadora; busca da literatura; coleta de dados; análise dos artigos escolhidos; discussão dos resultados e apresentação da revisão (SOUZA, 2010).



Artigo

A coleta de dados ocorreu a partir de artigos publicados nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), ao qual foram encontrados ScieLo, Lilacs e Google Acadêmico por meio do cruzamento dos descritores: Adolescentes, Crianças, Cuidados Paliativos. A pesquisa aconteceu no primeiro semestre de 2018. Sendo que a amostra compreendeu 2 Manuais e 19 artigos (totalizando 21 obras), publicados de 2013 a 2017, artigos científicos publicados nos últimos 5 anos. Os critérios de inclusão para pesquisa foram: artigos nacionais que tratassem especificamente de enfermagem e cuidados paliativos com crianças e adolescentes com câncer. A análise dos dados foi realizada através da reflexão crítica do referencial teórico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Suas bases de dados foram compostas por 21 artigos científicos encontrados no portal de busca da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde). Logo após a seleção dos estudos e de acordo com os critérios de inclusão, restaram apenas 14 artigos, sendo que dois se repetiam nas suas Bases de dados, restando onze artigos para o estudo e composição do quadro a seguir:



Artigo

Quadro 1- Relação dos estudos incluídos na revisão de acordo com numeração, autor, base de dados, periódico, tema e Ano de publicação.

Nº	AUTORES	BASE DE DADOS	PERIÓDICO	TEMA	ANO DE PUBLICAÇÃO
1	SANTOS et al.	SciELO	Revista Brasileira de Pesquisa e Saúde	Cuidados paliativos para a criança com câncer: reflexões sobre o processo saúde-doença.	2013
2	SCHINZAR I	SciELO	Revista Brasileira de Cancerologia	Cuidados Paliativos junto a Crianças e Adolescentes Hospitalizados com Câncer: O Papel da Terapia Ocupacional.	2013
3	FIGUEIREDO	SciELO	Salão de Pesquisa	A Enfermagem nos cuidados paliativos prestados a crianças em fase terminal de câncer e seus familiares;	2014
4	SANCHES	SciELO	Revista Brasileira de Enfermagem.	Crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos: experiência de familiares.	2014
5	SILVA	SciELO	Ciências Cuidados em Saúde.	Estratégias de Cuidados Adotadas por Enfermeiros na Atenção à Criança Hospitalizada com Câncer Avançado e no Cuidado de Si;	2014



Artigo

6	SOUZA, et al.	SciELO	J Health Sci Instituto	Atuação do enfermeiro na assistência a crianças com câncer: uma revisão de literatura.	2014
7	DETONI	SciELO	Salão de Pesquisa	Principais cuidados de enfermagem a criança com câncer: um olhar humanizado frente à dor;	2015
8	MENIN	SciELO	Revista de Bioética	Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros.	2015
9	MISKO, et al.	SciELO	Revista Latino-Americana de Enfermagem.	A experiência da família da criança e/ou adolescente em cuidados paliativos: flutuando entre a esperança e a desesperança em um mundo transformado pelas perdas.	2015
10	RODRIGUES	SciELO	Revista de enfermagem	Cuidados paliativos em crianças com câncer: revisão integrativa;	2015
11	AZEVÊDO	SciELO	Ciência e Saúde Coletiva	Equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa.	2016

O quadro 1 apresenta uma relação dos artigos que compõem a amostra de acordo com os autores, base de dados, periódicos, tema e ano de publicação. Os cuidados paliativos devem ser prestados juntamente com a família desses pacientes, pois a mesma ajudará no enfrentamento do tratamento, assim facilitará a sua adesão e aceitação. Com



Artigo

base nos autores apresentados, mostra a dificuldade que muitas vezes o câncer pode acarretar a esses indivíduos, visto que diversas estratégias deverão ser incrementadas para proporcionar melhor conforto e qualidade de vida. O papel da enfermagem fará grande diferença em suas vidas, assim como o profissional poderá refletir sobre seus aspectos éticos diante a dor oncológica e estabelecimento de um plano estratégico que visem a assistência integral e holística de forma continuada.

Quadro 2- Distribuição dos artigos de acordo com as categorias temáticas.

CATEGORIAS TEMÁTICAS	Nº DOS ARTIGOS
Cuidados paliativos a crianças e adolescentes com câncer	1,2, 4, 9, 10,
A Enfermagem nos cuidados paliativos	3, 5, 6, 7, 8, 11,

O quadro 2 apresenta a distribuição dos artigos de acordo com as categorias temáticas identificadas. Observa-se que 5 (42%) dos artigos apontam que os cuidados paliativos a crianças e adolescentes é tido como algo desafiador que necessita de um olhar holístico todo complementar. E 6 (58%) mostram que o papel da enfermagem nos cuidados paliativos poderá fazer toda diferença na assistência.

A partir dos resultados encontrados na literatura, podemos identificar que o cuidado paliativo prestado a crianças e adolescentes em situação oncológicas não é nada fácil, necessitando que a equipe de enfermagem esteja preparada e integrada e, busque manter uma relação holística da melhor forma possível, mesmo quando existe a possibilidade de cura desses pacientes.

Cuidados paliativos a crianças e adolescentes com câncer

Os cuidados paliativos com crianças e adolescentes com câncer configuram ações que sejam desenvolvidas no intuito de alívio de sentimento de dor e angustia tanto por parte desses pacientes como de seus familiares que irão participarem dos momentos cotidianos de tratamento, sendo assim a oferta assistencial proporcionará a melhor qualidade de vida e enfrentamento mesmo em situações de impossibilidade de cura.

O cuidar é um ato e uma atividade humana, ao qual possibilita o bem-estar do fragilizado, um elo de confiança e segurança eminente, estabilizando as relações do ser cuidador. É uma conexão de afetividade que configurada numa atitude de



Artigo

responsabilidade, atenção, proteção, preocupação e envolvimento apoio psicológico ou até mesmo momentos de distração (FIGUEIREDO, 2014).

Segundo Azevedo (2016), as relações interpessoais mantidas entre familiares e esses pacientes, além de influenciarem na adesão ao tratamento poderão proporcionar o melhor conforto e qualidade de vida. Já Figueiredo (2014) sugere que na prestação da assistência pela equipe de enfermagem é possível manter uma conexão de afetividade que configurada numa atitude de responsabilidade, atenção, proteção, preocupação e envolvimento, apoio psicológico ou até mesmo momentos de distração.

De acordo com Sanches (2014), reafirma que crianças e adolescentes em decorrência do tratamento oncológicos apresentam sentimentos de angustias e tristezas, a qual a necessidade da oferta de cuidados tanto da equipe que presta assistência como pessoas próximas são bastante necessárias, visto o compartilhamento de sentimentos, como parte do tratamento para o alívio dos sintomas. Entretanto, se os cuidados não ocorrem a esses pacientes, deverá realizar um levantamento para saber qual o tipo de deficiência da não realização.

Segundo Santos et al. (2013), refere-se que no momento que a criança ou adolescente tem o diagnóstico de câncer, começa toda uma mudança em sua estrutura psicológica e social, a família ainda não está preparada pra tal situação, não sabendo lidar com a fragilidade do filho, angustia pelo fato do tratamento muitas vezes ser demorado e colocar em risco de morte esses pacientes, desajuste financeiro por não ter condições suficientes e agressividade do próprio tratamento. É nesse momento que a esperança deverá favorecer o cuidado mutuo como forma de enfrentamento mesmo diante das dificuldades encontrada.

Para Schinzari (2013), em seus resultados refere-se que se devem observar os comportamentos apresentados por crianças e adolescente mediante o tratamento na internação hospitalar, verificar como esses pacientes se sentem e interage na terapia medicamentosa quanto no ambiente, caso não haja essa interação, é necessário desenvolver momentos ocupacionais que favoreçam a autonomia e independência, com conversas lúdicas as quais exponham seus sentimentos. Além disso, esses momentos de interação despertam a confiança tanto no profissional como na terapia proposta.

Os desafios podem ser muitos mais a interação familiar como forma de cuidado paliativo faz toda diferença na vida desses pacientes, ao qual fortalece a adesão terapêutica e alívios do seu sofrimento (SCHINZARI, 2013). Sendo assim, à medida que se proporcionar uma nova possibilidade de cuidados paliativos que visem o bem-estar



Artigo

mesmo diante da realidade que esteja inserida, portanto, melhoras as condições de enfrentamento e sentimentos (SANTOS et al., 2013).

De acordo com o contexto, as atitudes apresentadas pela equipe de enfermagem vão fazerem toda diferença, visto que o elo de confiança facilita à adesão e a melhor forma de proposta no tratamento. Sendo assim, Detoni (2015) vem reafirmar que esses profissionais de enfermagem deverão estar hábeis em aperfeiçoar suas ferramentas de cuidarem, tendo em vista que deverão ser hábeis em suas ações de forma holísticas focadas na responsabilidade e sensibilidade para vivenciar as nuances do câncer infantil.

Para Misko et al. (2015), um dos sentimentos referidos nos cuidados paliativos é a incerteza, a qual é considerável parte de um processo contínuo onde a criança e/ou adolescente se encontra sobre os cuidados médicos e de outros profissionais, visto pela família como o único caminho que a conduz a permanecer junto.

Para Rodrigues (2015) a formação do vínculo formado entre o profissional e a criança/família acaba que tornando uma relação de apego, visto como algo facilitador para o profissional consiga engajar a família na participação ativa do tratamento, principalmente para a criança, que não possui tanto entendimento e ainda necessita do cuidado maternal, para que ela consiga manter uma boa interação social e responda a terapia.

Face ao exposto por Detoni (2015) refere-se que cuidados de enfermagem a esses pacientes deverão ter como principais objetivos: o alívio da dor, a compreensão de fadiga, a manutenção da integridade tecidual, a melhora da nutrição, melhora da percepção da imagem corporal e prevenção das possíveis complicações, principalmente com as infecções oportunistas que são ocasionadas pela debilitação do tratamento.

Segundo Misko et al. (2015) afirmam que a esperança é um sentimento pelo qual algo o medo de perdas e mantém a família no foco do cuidar da criança e/ou adolescente, sempre na busca da melhor qualidade de vida possível e alternativas para o controle dos sintomas. Assim, através da esperança que a cura exista, faz com que haja o controle dos sentimentos desesperançosos ou retardo da progressão da doença e agir com o propósito de enfrentar os obstáculos que a doença traz.

De acordo com Rodrigues (2015) a realização da assistência em Cuidados Paliativos está sempre em confronto com o tempo, por relacionar aos aspectos emocionais, psicológicos e espirituais dos profissionais que a praticam, mais particularmente os que atuam na Enfermagem, pois estes estarem em alguns períodos do plantão junto ao leito do paciente, sendo confrontados com a demanda dos sintomas concorrentes e recorrentes durante a sua internação.



Artigo

Segundo Misko et al. (2015), os cuidados paliativos podem ser vistos como um processo constituído por quatro subprocessos representativos e simbólicos baseados na experiência para a família da criança e/ou adolescente, mediado em um contexto de perdas, pesar, incertezas e busca pela qualidade de vida e nas estratégias propostas do reaprendendo a viver. Neste sentido, mais complexo as vivências são refletidas de incertezas atreladas ao mundo de limites de forma singular para esses pacientes.

Contudo, as análises em discussão descrevem a forma com os cuidados paliativos devem ser aplicados, sejam elas mediante situações de esperanças ou até mesmo na cura, mas que estas possam proporcionar a melhor qualidade de vida a esses pacientes e seus familiares.

A enfermagem e os cuidados paliativos

Segundo Azevedo (2016), os cuidados paliativos realizados pela equipe de enfermagem no âmbito profissional é algo indispensável com olhares e saberes de forma humanizada e assistencial, visto que a assistência ofertada facilita a pratica do cuidado integral e o conhecimento dos diversos aspectos que são inerentes à vivência da criança e família. Sendo assim, o ambiente assistencial tem que ser algo prazeroso e harmonizado, as ações devem acontecer de tal forma que haja o respeito aos direitos desses pacientes.

Com base nos estudos o câncer no seu significado mais relevante é visto como algo sem cura e motivo de pena ou situação que não se pode mudar, assim como motivo de angustia e sofrimento para aqueles acometidos. A Enfermagem, dentre os profissionais envolvidos tem como alvo de concentração a figura do Enfermeiro o qual está em grande parte presente no cotidiano desses pacientes e seus familiares, buscando atuar de forma a promover interações de condutas que melhor se enquadre na estratégia do cuidar (SOUZA et al., 2014).

Os desafios encontrados pelos profissionais de enfermagem são muitos visto que representam um entendimento mais amplo, principalmente no que se refere às crianças/adolescentes. A criança em sua forma mais singular é vista como elemento de encanto e sensibilidade que desperta pena e que necessita de um cuidado mais amplo e protetor, já o adolescente sofre mudanças corporais que influencia na baixa autoestima e dificulta o tratamento, devido à revolta sobre a doença (MISKO et al., 2015).

De acordo com Menin (2015) a enfermagem mesmo diante de tais circunstâncias, deverá manter a motivação e harmonização na sua equipe, enfatizando entre seus membros a importância de um cuidado humanizado e de qualidade, ao qual diminua a



Artigo

hostilidade do tratamento, e mantenha a dignidade e os respeitos tanto dos seus pacientes como de seus familiares. Vale salientar que essa motivação e harmonia fazem toda diferença, visto que seus pacientes, sejam eles crianças ou adolescente, necessitam de respeito e se sintam seguros e confortáveis.

Souza, et al. (2014) reafirma o quanto é fundamental que os enfermeiros se esforcem em buscarem desenvolver métodos de conhecimentos que auxiliem numa boa assistência e supram as necessidade da criança e do adolescente que sobrevive ao câncer, com a criação de condições as quais possibilitem o prolongamento da sobrevida, a melhoria de sua qualidade de vida. Sendo assim, as ações devem ser visadas em oferecerem a melhor qualidade de cuidados paliativos necessários podendo ser desenvolvida através de vínculos afetivos entre o profissional e esses pacientes, como ponto facilitar da assistência.

De acordo com Figueiredo (2014), o enfermeiro que atua na atenção atenuante do indivíduo acometido por patologias, precisa saber orientar, esclarecendo a medicação e os procedimentos a serem realizados, deve saber educar em saúde de maneira clara e objetiva sendo prático em suas ações e que atenda a proporção do cuidado. No entanto, esse cuidado não pode ser oferecido apenas de forma mecanicista mais de forma humanizada e holística, sabendo a educação sempre será contínua.

Segundo Silva (2014) reflete-se o envolvimento dos profissionais de enfermagem é vista dentro de contexto de desafios cotidianos, cabendo a essa equipe a responsabilidade de resgatar a autoestima, o conforto e a individualidade desses pacientes e da sua família. Salienta-se que apesar dos desafios enfrentados à medida que o profissional consegue transmitir sentimentos positivos, este consegue entrar no processo compartilhado de construção.

Diante do contexto de Misko et al. (2015), a criança e/ou adolescente está na participação ativamente da luta em busca do tratamento e do seu bem-estar até o momento que se percebe esgotada física e emocionalmente, e é capaz de expressar seus sentimentos e desejos para a família, quando encontra espaço.

No contexto de Detoni (2015), o enfermeiro poderá desenvolver métodos de abordagem que apreendam a particularizar o empenho de acordo com a singularidade de cada caso e evitem estereótipos ou preconceitos, referentes tanto às incapacidades do cliente e às limitações dos familiares. Portanto, os envolvidos deveram entender a magnitude desse elo, como sendo componente essencial na promoção da saúde e no cuidado deixando claro seu compromisso.



Artigo

De acordo com Silva (2014) o envolvimento de um contexto cheio de desafios cotidianos, cabendo aos profissionais da equipe de enfermagem a responsabilidade de resgatar autoestima, conforto e individualidade dos pacientes e da sua família. Muitas são as dificuldades profissionais encontradas na superação que vão além da não aceitação, pois se manifestam na pouca ou nenhuma habilidade em manejar de forma adequada a ocorrência como as coisas acontecem a sua volta lidando com as situações imprescindíveis com responsabilidade na assistência a que se presta.

Silva (2014) reafirma que no início da sua formação acadêmica em muitas universidades não apresentam a inserção formal do ensino da oncologia em seus currículos, e não está habilitado ou não se sente seguro em prestar cuidados paliativos aos pacientes, principalmente crianças e adolescentes, o que vai de encontro à demanda que se trabalha atualmente. Sendo assim, a importância da capacitação técnico-teórico, é visto como algo necessário a formação das competências e habilidades para lidar com as situações cotidianas e na prestação dos cuidados paliativos que poderão sofrer interferências e dificuldades no setor oncológicos pediátrico principalmente.

Segundo Souza et al. (2014) reafirma que a realização da assistência em Cuidados Paliativos, estará sempre em conflito devido a quantidade de aspectos emocionais, psicológicos e espirituais envolvidos e vivenciados pelos profissionais, devido a sua praticidade de contato constante com esses pacientes, durante o período do plantão junto ao seu leito, indo em confortos com a demanda dos sintomas concorrentes e recorrentes durante a sua internação e tratamento. É importante compreender que esse processo é algo inevitável para esses profissionais, visto que a relação se torna muitas vezes íntimas de confiança e sendo necessária nesse ponto.

Para Vieira (2016), a importância da oferta deverá atender não apenas seus aspectos físicos corpóreos, mas um ser visto que se encontra em crescimento e desenvolvimento, com determinações de âmbitos familiares, culturais e econômicas. Sendo assim, a participação da equipe multidisciplinar na elaboração da sistematização é visto como algo imprescindível de respeito, unicidade e complexidade holística.

Por fim, as pesquisas apresentadas deixam claro que os enfermeiros e sua equipe devem estar em constante preparação, na busca de desenvolver métodos que auxiliem numa boa assistência, ao qual auxiliem os pacientes oncológicos como seus familiares permitindo melhor capacidade de enfrentamento da doença.



Artigo

CONCLUSÕES

Portanto, os cuidados paliativos devem ser providos independentes da situação oncológica do viver/morrer, devendo estes manter viva a esperança da possibilidade de cura com a melhor qualidade de vida, visto como componente essencial da promoção de saúde prestada pela equipe de enfermagem provida de assistência integral. Diante disso é importante que o enfermeiro reflita sobre sua forma de assistência prestada, buscando manter um preparo focado na importância dos cuidados de enfermagem, desenvolvendo uma visão humanística, mesmo diante das impossibilidades da cura, assim estabelecendo a boa relação com o paciente e que estas tragam trazer benefícios para ambos. A humanização deverá ser pautada na integridade do respeito à vida em sua singularidade, respeitando as diferenças em cada ser cuidado.

REFERÊNCIAS

AZEVÊDO, Adriano Valério. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva** 2016. Acesso em fev de 2018.

DETONI, Juliana. Principais cuidados de enfermagem a criança com câncer: um olhar humanizado frente à dor. 2015. 33f. Dissertação de Monografia das Faculdades São Lucas, Porto Velho-RO, 2015. Disponível em: repositorio.saolucas.edu.br:8080/.../Juliana%20Detoni%20-%20Principais%20cuidado. Acesso em fev 2018.

FIGUEIREDO. Jeane. A Enfermagem nos cuidados paliativos prestados a crianças em fase terminal de câncer e seus familiares. Dissertação de Monografia da Faculdade Pitágoras, São Luís, MA 2014. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I54677.E12.T10516.D8AP.pdf> >. Acesso em fev 2018.

GALVÃO, CM; Sawada NO; Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Lat Am Enfermagem** [internet]. 2004. Acesso em fev de 2018.



Artigo

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Acesso em fev 2018.

Instituto Nacional do Câncer. **Cuidados paliativos**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos. Acesso em fev 2018.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **O que é câncer**. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322. Acesso em fev de 2018.

MENIN, Gisele Elise. Terminalidade da vida infantil: percepções e sentimentos de enfermeiros. **Rev. Bioética**, v. 23, n.3, p: 608-14. 2015. Disponível em fev de 2018.

MENDES, KDS; SILVEIRA, RCCP; GALVÃO, CM. Revisão Integrativa: Método de Pesquisa para a Incorporação de Evidências na Saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm** [internet]. v.17,n.4,p. 758-64.2008. Acesso em fev de 2018.

MISKO, M.D. et al. A experiência da família da criança e/ou adolescente em cuidados paliativos: flutuando entre a esperança e a desesperança em um mundo transformado pelas perdas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.23, n.3, p.560-567. 2015. Acesso em mar de 2018.

ONCOGUIA, SHH. Sociedade Americana do Câncer; 2016. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-in-children/how-are-childhood-cancers-treated.html#references>. Acesso em mar de 2018.

RIBEIRO, Renata Pinto; PINTO, T. F. M. RIBEIRO, C. S. C.; HERTEL, V.L. Dificuldades do Profissional Enfermeiro ao Cuidar de Pacientes Pediátricas Portadores de Câncer. **Revista Ciências em Saúde** v.4, n.3, jul-set, 2014. Acesso em mar de 2018.

RODRIGUES, Andreyana Javorski Cuidados paliativos em crianças com câncer: revisão integrativa. **Rev enfermagem UFPE**, Recife, v.9, n.2, p.718-30, fev., 2015. Acesso em mar de 2018.



Artigo

SANCHES M.V.P., NASCIMENTO L.C., LIMA R.A.G.D. Crianças e adolescentes com câncer em cuidados paliativos: experiência de familiares. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 67, n. 1, p. 28-35. 2014. Acesso em mar de 2018.

SANTOS, LMS dos et al. Cuidados paliativos para a criança com câncer: reflexões sobre o processo saúde-doença. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, v.15,n.3,p. 130-138 jul-set, 2013. Acesso em mar de 2018.

SCHINZARI, Nathália Rodrigues Garcia. Cuidados Paliativos junto a Crianças e Adolescentes Hospitalizados com Câncer: o Papel da Terapia Ocupacional. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 59, n.2, p. 239-247, 2013. Acesso em mar de 2018.

SILVA, Marcelle Miranda da; VIDAL, J. M.; LEITE, Josete L.; SILVA, Thiago P. Da. Estratégias de Cuidados Adotadas por Enfermeiros na Atenção à Criança Hospitalizada com Câncer Avançado e no Cuidado de Si. **Cienc Cuidados em Saúde**. v. 13, n.3, p.471-478, Jul/Set, 2014. Acesso em mar de 2018.

SIQUEIRA, Hilze Benigno de Oliveira Moura. Percepção de adolescentes com câncer: pesquisa fenomenológica. **Rev. abordagem gestalt**. v.21, n.1, Goiânia, jun. 2015. Acesso em mar de 2018.

SOUZA, LPS. etal. Atuação do enfermeiro na assistência a crianças com câncer: uma revisão de literatura. **J Health Sci Inst**. v.32, n.2, p.203-10; 2014. Acesso em mar de 2018.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. V. 8,n.1 Pt 1,p.102-6. 2010. Acesso em mar de 2018.

VIEIRA, Amanda Patez Matos Santos. Assistência de enfermagem na oncologia pediátrica. **Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde**, Salvador, v. 3, n. 3, p. 67-75, jan./jun. 2016. Acesso em mar de 2018.



Artigo

FATORES ESTRESSORES ENTRE DISCENTES DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR

STRESS FACTORS BETWEEN TEACHERS OF A HIGHER EDUCATION INSTITUTION

Aleudo Alves Coêlho¹

Francisco Carneiro Braga²

Maura Vanessa Silva Sobreira³

Pedro Alberto Lacerda Rodrigues⁴

Werona de Oliveira Barbosa Fernandes⁵

Kassandra Batista Marques de Albuquerque⁶

RESUMO - Objetivo: analisar o estresse entre os discentes de enfermagem de uma instituição de ensino superior privada. **Método:** o estudo foi do tipo de campo, descritivo, exploratório e de cunho qualitativo. Contou com a participação de 40 (quarenta) acadêmicos de enfermagem, que se enquadraram nos critérios de inclusão/exclusão direcionados. Utilizou-se um instrumento para coleta de dados em forma de questionário semiestruturado, contendo questões acerca da temática. A análise dos dados deu-se através da técnica de análise de conteúdo, conforme a autora Bardin. **Resultados:** percebe-se que os acadêmicos de enfermagem possuem conhecimento acerca da temática. Conseguiu-se identificar os fatores estressores em sua formação acadêmica, bem como

¹Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, PB, Brasil. E-mail: aleudocoelho@hotmail.com;

²Matemático e Pedagogo, do Sistema Prisional da Paraíba, especialista em Educação Matemática, pós-graduando em Docência do Ensino Superior, e-mail: fmendes0106@gmail.com;

³Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de SP, Mestre em Enfermagem- UFRN, Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Docente na Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, PB, Brasil. E-mail: mauravsobreira2@gmail.com;

⁴Biólogo, Mestre em Educação Profissional em Saúde. E-mail: pedroalberto20@gmail.com;

⁵Especialista em Gestão do Trabalho e Saúde UFRN, Mestre em Saúde Animal pela UFERSA. E-mail: werona.oliveira@hotmail.com;

⁶Advogada e Médica Veterinária, Mestra em Sistemas Agroindustriais pela UFCG, e-mail: kassandraalbuquerque@hotmail.com.



Artigo

as formas de lidar com os mesmos. **Conclusão:** os fatores estressores são uma realidade presente na vida dos estudantes, principalmente, aqueles que têm de conciliar faculdade e trabalho. É nítida a contribuição à academia que este trabalho tem, considerando-se o baixíssimo número de publicações acerca da temática.

Palavras-chave: Acadêmicos; Estressores; Instituição; Ensino Superior.

ABSTRACT - Objective: to analyze the stress among nursing students of a private higher education institution. **Method:** the study was field type, descriptive, exploratory and qualitative. It counted on the participation of 40 (forty) nursing academics, who met the inclusion / exclusion criteria targeted. An instrument was used to collect data in the form of a semi-structured questionnaire, containing questions about the theme. The analysis of the data was done through the technique of content analysis, according to the author Bardin. **Results:** Nursing academics have knowledge about the subject. It was possible to identify the stressors in their academic formation, as well as the ways of dealing with them. **Conclusion:** stressors are a reality present in the lives of students, especially those who have to reconcile college and work. It is clear the contribution to the academy that this work has, considering the very low number of publications on the subject

Keywords: Academics; Stressors; Institution; Higher education.

INTRODUÇÃO

Estresse pode ser definido como conjunto de reações inespecíficas do organismo às pressões exercidas em seu sistema orgânico. Trata-se de um evento complexo que ocorre na interação entre indivíduos e seus ambientes internos e externos, que podem causar problemas físicos, mentais, emocionais e mudanças comportamentais (HIRSCH *et al.*, 2015).

O avanço científico e tecnológico trouxe consigo mais competitividade e, conseqüentemente, aumento da produtividade, além, claro, da necessidade de haver mais profissionais aptos para exercerem os novos cargos – e especializações (BUBLITZ *et al.*, 2012). Porém, para formar/especializar, evidencia-se a necessidade da existência das Instituições de Ensino Superior (IES).



Artigo

Ingressar na faculdade implica mudar horários/hábitos, isso associado à obrigação de adaptar-se ao meio acadêmico, além de se adequar ao campo técnico e científico para tornar-se um excelente profissional, que possa lidar com o mercado competitivo de trabalho. Essa adequação pode transformar-se em um estressor. O Acadêmico de Enfermagem sofre mais pela prática que o curso tem em si, como, também, pela assistência às pessoas enfermas, contato com o sofrimento e morte (BUBLITZ *et al.*, 2012). Hirsch *et al.* (2015) apontam que estudos comprovam que o discente de enfermagem está mais passível ao estresse que outras áreas, pois está diretamente ligado ao sofrimento humano. Cozza *et al.* (2013) afirmam que há ainda outro fator que se deve levar em consideração: estudantes que já trabalham na área, têm uma carga potencializada e “natural” de estresse.

Após várias análises dos possíveis estudos, tanto orientando, quanto orientadora decidiram optar por este em questão, já que, com base nos artigos que serão citados posteriormente, são notórios e merecem destaque estes problemas que acometem grande parcela dos jovens – por conseguinte, os estudantes de enfermagem de uma instituição de ensino privada, claro.

Pelas explanações acima feitas, surgiram os problemas da pesquisa: Quais os principais fatores que causam estresse nos acadêmicos de enfermagem? Quais os principais sinais que evidenciam a presença de um (vários) fator (es) estressante (s)? Como o estresse afeta biopsicossocialmente a vida do discente? Quais as medidas mais comuns que os estudantes de enfermagem tomam para reduzir o estresse?

E notória a relevância para a saúde e, acima de tudo, à academia que este projeto tem, considerando-se, o baixíssimo número de publicações sobre, e a constatação científica que o estresse é um problema de grande repercussão na sociedade.

Além do mais, este projeto poderá servir de estudo para bases científicas, podendo auxiliar, futuramente, na busca pelo conhecimento acerca dos fatores estressores e como evitá-los.

OBJETIVOS

- Analisar o estresse entre os discentes de enfermagem de uma instituição de ensino superior privada.
- Identificar os principais fatores estressantes entre os discentes de enfermagem;
- Elencar os principais sinais que evidenciam a presença de um (vários) fator (es) estressante (s) entre discentes de enfermagem;



Artigo

- Compreender as medidas mais comuns que os estudantes de enfermagem utilizam para reduzir o estresse.

MÉTODO

O estudo trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, do tipo exploratória e sua abordagem é de cunho qualitativo foi desenvolvida em uma instituição de ensino superior no sertão do estado da Paraíba, com estudantes do curso de enfermagem. A amostra contou com parcela da população que tenha se enquadrado aos critérios de inclusão e exclusão abaixo citados, totalizando 40 estudantes:

Tendo como critério de inclusão estar devidamente matriculado; Está no 1º e 10º semestres do curso; Aceitar participar do estudo (assinar o termo);

Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento construído pelo pesquisador, em forma de questionário semiestruturado, contendo questões acerca da temática, além de questões para caracterização da amostra.

Os dados foram analisados através de técnicas descritas por Bardin. São organizadas em três fases: 1ª: pré-análise, 2ª: exploração do material e 3ª: tratamento dos resultados, e interpretação (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Na realização da pesquisa foram considerados os requisitos apresentados pela Resolução 466/2012, relativa à pesquisa com seres humanos, privilegiando a dignidade e respeito pelos sujeitos da pesquisa (BRASIL, 2012). E observados os aspectos relacionados à privacidade e os direitos do participante, de participar por livre e espontânea vontade, podendo desistir em qualquer momento ou ter acesso a todo o conteúdo deste trabalho.

O estudo foi direcionado ao Comitê de Ética em Pesquisa de uma faculdade e teve aprovação através do parecer número 2.249.743.

RESULTADOS

A apreciação desta pesquisa está embasada na técnica de análise de conteúdo descrita por Laurence Bardin, referência no campo de trabalhos científicos na Enfermagem. Faz-se necessário justificar que a amostra desse estudo foi constituída por 40 acadêmicos de enfermagem. Para melhor discussão, os resultados serão apresentados em tabelas, acompanhados de análise bibliográfica.



Artigo

DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR PRIVADA

Os dados de caracterização contêm as informações de identificação pessoal, como: idade e sexo dos acadêmicos, e estão dispostos na tabela 1.

A amostra apresenta perfil jovem, de 20 a pouco mais de 31 anos, sendo 50% (20) dos estudantes encontrando-se na faixa etária entre 20 – 25 anos de idade, 20% (08) dos estudantes encontrando-se na faixa etária de até 20 anos, 15% (06) dos estudantes encontrando-se na faixa etária de 26 – 31 anos, e 15% (06) dos estudantes encontrando-se na faixa etária de mais de 31 anos.

No que diz respeito ao gênero, houve uma predominância visível do sexo feminino 92,5% (37), portanto, apenas 7,5% (03) sendo do sexo masculino, ratificando que a profissão ainda é exercida em grande parcela por mulheres.

Diante deste contexto, pode-se afirmar que o gênero feminino prevalece na enfermagem (inclusive, na academia), e retomando, dessa forma, a meados do século XX, onde a sociedade brasileira era caracterizada, basicamente, por patriarcal, ou seja, as posições de maior destaque eram assumidas por homens, a posição da mulher ainda era desfavorável, tanto cultural, quanto socialmente e se restringia, exclusivamente, a cuidar do seu esposo e educar os filhos. (APERIBENSE; BARREIRA, 2008).

Para Coêlho (2005), a enfermagem brasileira nasce no século XX, onde Igreja e Medicina aliam-se sob o discurso higienista e a mulher passa, socialmente, a receber qualidades como: docilidade, submissão, abnegação e recato. Em outras palavras, o mundo da mulher seria o privado, unicamente, pois esta é a que, no contexto, mais se assemelha às necessidades da época.

Porém, para circular por entre os homens sem ser confundida com prostituta, era necessário formar profissionais, cuja prática representasse o cumprimento de uma missão divina. A isso se soma o princípio defendido no início do século XX, de que a base da arte da enfermeira é o instinto materno bem desenvolvido, como já foi citada, anteriormente, esta característica na mulher brasileira (COELHO, 2005).

A tabela 2 apresenta dados que apontam o semestre do curso (1º ou 10º) e se os participantes trabalham e conciliam com o estudo.

No que tange ao semestre, 62,5% (25) são graduandos do 10º período, e 37,5% (15) dos estudantes estão no 1º período do curso. Dos 40 (que são a amostra do estudo em questão), 10% (04) estudantes trabalham na área da saúde, 22,5% (09) deles trabalham em outras áreas e 67,5% (27) não trabalham, somente estudam.



Artigo

Sobre a formação (semestre do curso) e se há conciliação entre estudo/trabalho, 37,5% (15) e 62,5 (25) estão no 1º e 10º semestre, respectivamente; 10% (04) trabalham na área da saúde e 22,5% (09) trabalham em outras áreas; Os que não trabalham equivalem a 67,5% (27).

Estudantes que têm que conciliar a rotina de estudos com trabalho, a carga de estresse é potencializada, já que os mesmos, praticamente, ficam sem tempo para a família, e para o lazer.

Os estudantes que têm de trabalhar e estudar, não sobra muito tempo para o lazer. Muitos, submetem-se a trabalhar, pois necessitam, para ajudar nas despesas do curso, porém, isso acarreta uma carga horária excessiva de atividades e, para cumprir as exigências da academia, acabam ocupando horas de lazer e estar com a família, para resolver atividades pendentes (SILVA *et al.*, 2011).

DISCUSSÃO

Para uma melhor discussão dos dados, buscou-se resgatar, em primeiro lugar, conceitos dos próprios acadêmicos sobre Fatores Estressores na Academia, bem como estratégias utilizadas por eles para se reduzir esses fatores de estresse. Para facilitar a discussão, os resultados serão expostos a partir da formulação de categorias e subcategorias, em quadros. Por motivos éticos – e para preservar a identidade dos participantes da pesquisa – optou-se por criar uma classificação numérica antecedida da letra S, ou seja, as identificações S1, S2, S3, S4, S5, S6, S8, S10,... e S40 referem-se ao conjunto de nossa amostra.

COMPREENSÃO DE ESTRESSE, SEGUNDO OS ACADÊMICOS

Considerando-se que o estresse tem sido relatado por pessoas de várias faixas etárias e classes sociais diferentes, faz-se necessário, antes de tudo, compreender a própria concepção dos participantes desta pesquisa, para que, posteriormente, possam-se identificar os principais fatores estressores e quais estratégias os acadêmicos utilizam para evitá-los.

Para melhor enfatizar os conceitos prévios dos acadêmicos – além de tornar o presente estudo mais fidedigno – faz-se necessário expor alguns comentários, na íntegra; Contudo, de maneira que não seja possível identificar o sujeito, preservando, assim, sua identidade:



Artigo

“Acúmulo de trabalho do dia-a-dia, cansaço físico e mental.” (S3, 2017);

“Compreendo como um estado de alteração de humor e de comportamento.” (S32, 2017);

“O estresse, pra mim, compreendo como diversos fatores, como físico, social, psicológico, entre outros. Ou seja, é uma doença muitas vezes psicossocial.” (S5, 2017);

“Estresse, para mim, é a reação do cérebro a uma situação “puxada” de trabalho, serviços ou afazeres que nos colocam em uma situação de pressão.” (S7, 2017);

“É a resposta do nosso organismo para o cansaço do dia-a-dia.” (S35, 2017);

“É uma reação do organismo a situações psicológicas, físicas e mentais. É uma forma física e emocional com que o corpo reage a pressão.” (S4, 2017).

Em estudo, Bublitz *et al.* (2012) descobriram que a principal causa de estresse estava relacionada à alta carga horária, às muitas disciplinas e suas respectivas provas, aos trabalhos, e às aulas cansativas e longas. A sobrecarga diária de atividades e falta de tempo para realizá-las foram relatadas por 31,2% dos estudantes.

Os organismos reagem de muitas formas diferentes quando se há presença de estresse, desencadeando respostas hormonais que desencadeiam uma série de alterações físicas, psíquicas e emocionais que vão desde a apatia, depressão, desânimo, ansiedade, irritabilidade, entre outras (COZZA *et al.*, 2013).

Após estas análises, fica fácil de se entender os fatores estressores que os sujeitos da pesquisa identificam na formação acadêmica. Além do mais, já é possível ter-se uma noção da responsabilidade que as Instituições de Ensino Superior (IES) têm em estar sempre abertas ao diálogo com seus alunos e identificar estresse neles, por menor que seja.

FATORES ESTRESSORES NA FORMAÇÃO ACADÊMICA

É importantíssimo elencar os fatores estressores (o que causa estresse) nos acadêmicos de enfermagem, pois, somente após isso, será possível consolidar estratégias para que se reduzam.

Neste momento são colocadas falas dos sujeitos, preservando-se suas identidades:



Artigo

“A correria do dia-a-dia, as atividades, a carga horária, as avaliações. Quando se tem o acúmulo de todos esses fatores desenvolvo crises de estresse.” (S33, 2017);

“Desde questões financeiras para se manter no curso, como também as provas, seminários e o fator maior, construção do TCC.” (S32, 2017);

“O deslocamento, os conteúdos que tenho dificuldade.” (S24, 2017);

“Provas, seminários, trabalhos.” (S26, 2017);

“Sobrecarga de atividades, fatores financeiros, dificuldade de socialização e aprendizagem.” (S39, 2017).

Em estudo, foi identificado que os estudantes retratam as dificuldades que sentiram no deslocamento para se chegar ao local onde se realizam as atividades em campo de estágio (distância de casa à faculdade/campo de estágio) (COSTA, 2007).

Para Feitosa *et al.* (1991), muitos universitários submetem-se a, concomitantemente, trabalhar e estudar, com o intuito de conseguir dinheiro suficiente para pagar os estudos. Alguns são obrigados até a trabalhar à noite, caso o curso seja integral; Ou, durante todo o dia, caso o curso seja noturno, o que gera estresse.

Os estudantes sentem-se sobrecarregados com o conteúdo programático oferecido ao desenvolver as atividades acadêmicas teóricas e práticas, gerando um aumento da sua responsabilidade no último ano do curso; apontaram situações causadoras de desgaste físico, angústia, medo e insegurança como a elaboração do trabalho de conclusão de curso, preocupações relacionadas à inserção no mercado de trabalho, relação trabalho/estudo/vida familiar e dificuldade no relacionamento interpessoal. Estes fatos corroboram estudos anteriores, os quais haviam ressaltado que os estudantes de enfermagem vivenciam situações estressoras e que estas se refletem na qualidade da sua saúde (SILVA *et al.*, 2011).

Agora, já é possível identificar os principais fatores estressores entre os discentes de enfermagem. Passamos, neste momento, a discutir como os acadêmicos sentem-se após um dia de atividades do curso de enfermagem.

SENTIMENTO PÓS-ATIVIDADES DIÁRIAS DO CURSO



Artigo

Faz-se necessário compreender o sentimento (felicidade ou não) dos estudantes, após um dia de atividades acadêmicas, pois, o grau de satisfação está diretamente ligado ao estresse.

Apresentam-se algumas falas dos sujeitos, sempre preservando suas respectivas identidades:

- “Muito cansada física e emocional.” (S20, 2017);
- “Sem disposição.” (S28, 2017);
- “Cansada, principalmente quando passamos o dia, e à tardinha voltamos para cidade que moramos.” (S8, 2017);
- “Bastante cansada, as vezes estressada.” (S21, 2017);
- “Super cansada e estressada.” (S40, 2017);
- “Tranquila e aliviada.” (S22, 2017);
- “Muito cansada, porém, gosto da minha aérea.” (S17, 2017); “Cansada, porém realizada e com sensação de dever cumprido.” (S6, 2017);

Vários alunos afirmaram que se sentem realizados/felizes, pois estão fazendo o que lhes faz bem.

Outros, no entanto, apresentam mudança de humor (irritabilidade/agressividade). Os autores Fiorotti *et al.* (2010), em estudo, afirmam que os principais sinais de estresse entre acadêmicos incluem esquecimento, dificuldade de concentração, insônia, irritabilidade e fadiga.

Silva *et al.* (2011) em outro estudo, demonstraram que o cansaço gerado do deslocamento dos estudantes de suas residências para as faculdades, tendo que conciliar a vida familiar e social com as atividades acadêmicas, gera estresse.

Verificou-se a importância de se estar atento quanto às mudanças físicas, mentais e emocionais dos estudantes, tendo em vista que os sentimentos de cada um são expressos das mais diversas formas, e poderão sinalizar estresse. Vale salientar que não se restringem, exclusivamente, aos presentes neste estudo, ou seja, outros sinais e sintomas podem estar presentes.

PRESENÇA DE SINAIS DE ESTRESSE APÓS INSERÇÃO NO CURSO

Quaisquer mudanças de atitudes nos estudantes, por menor que sejam, podem ser indicadores de estresse. Portanto, há a real necessidade de se identificar os sinais, antes que haja agravamentos e a patologia torne-se crônica.



Artigo

A seguir, estão algumas falas dos sujeitos, não esquecendo de lhes preservar a identidade:

- “Sim. Preocupações com as atividades.” (S29, 2017);
- “Sim. Cansaço, preocupações, dores de cabeça.” (S35, 2017);
- “Sim. Ansiedade, preocupação, falta de concentração, cefaleia, irritabilidade.” (S36, 2017);
- “[...] dor de cabeça, insônia e ansiedade.” (S11, 2017);
- “[...] muita falta de concentração e muita fome.” (SS37, 2017);
- “Sim. Irritabilidade [...]”(S12, 2017);

Da amostra (40), 05 acadêmicos relataram não ter identificado sinais de estresse; Por conseguinte, 35 relataram o inverso, conforme descrito na tabela acima.

Bublitz *et al.* (2012) ressaltam, que, ao lidar com os próprios limites – e as demandas curriculares – os acadêmicos podem encontrar dificuldades e desenvolvem sentimentos de incapacidade (e instabilidade emocional) frente às atividades exigidas durante a formação profissional, o que causa diminuição do seu rendimento acadêmico e interfere, diretamente, na qualidade da assistência de enfermagem prestada durante os estágios. Em síntese, estes alunos podem considerar o processo de formação estressante.

As falas dos entrevistados mostraram que os estudantes deparam-se com o medo e preocupações quanto ao futuro (inserção no mercado de trabalho) e insegurança quanto à sua formação, sendo estas situações destacadas como provocadoras de estresse (SILVA, Vânea L. dos Santos *et al.*, 2011).

Destaca-se que os conflitos presentes nas relações com colegas e profissionais de saúde, as preocupações do discente com a aquisição de conhecimento, sua inserção no mercado de trabalho, bem como a dificuldade em relação aos conteúdos aprendidos e às metodologias de ensino, excedem os recursos cognitivos dos discentes. Por consequência, muitas vezes, o aluno leva mais tempo para iniciar o sono, dorme um tempo total menor ou não consegue dormir durante a noite, o que leva à baixa qualidade de sono (BENAVENTE *et al.*, 2014).

É interessante evidenciar que o estresse pode ocasionar, ainda, quadros de infecção graças à diminuição da resposta imunológica, distúrbios gastrointestinais (tais como diarreia e constipação), ganho excessivo ou perda de peso, diabetes tipo 2 e



Artigo

exacerbação do mesmo; É comum a presença de dor de cabeça do tipo tensional, insônia, diminuição do desejo sexual e impotência temporária nos homens, exacerbação da tensão pré-menstrual, além de diminuição da concentração, inibição do aprendizado e redução da memória bem como exacerbação de lesões de pele (MOREIRA; FUREGATO, 2013).

É notório que os sinais de estresse (citados acima), por si só, dizem muito sobre o acadêmico, portanto, inerente é, estar atento às mudanças nele, analisando-o de forma biopsicossocial.

ESTRATÉGIAS QUE UTILIZAM PARA LIDAR COM ESTRESSE

Quando o organismo humano sofre uma pressão – seja interna ou externa – automaticamente, tende a criar estratégias de defesa. O mesmo acontece com os acadêmicos de enfermagem que estão estressados. Passaremos, neste instante, a discorrer sobre as estratégias mais comuns que os acadêmicos utilizam para lidar com o estresse.

Da mesma forma que foi feito nas seções anteriores, aqui, são mostradas algumas falas dos entrevistados, sempre preservando suas identidades:

“Procurar fazer atividades que gosto, como assistir, dormir, conversar.” (S13, 2017);

“[...] Priorizar a família; caminhada.” (S4, 2017);

“Exercitar faz bem para a mente, para seu corpo [...]” (S20, 2017);

“[...] Procurando relaxar, ler livros, assistir filmes, sair com os amigos, realizar exercícios físicos. (S21, 2017);

“Sair com a família para um dia de lazer.” (S26, 2017);

Destaca-se que o estudante, além da carga horária de estudos, ainda precisa gerenciar sem tempo a fim de: estar presente com os familiares, participar do convívio social, ter tempo para o lazer e para momentos de descanso

Alguns autores, após estudos realizados, demonstraram os principais fatores estressores e a partir disso, as estratégias de fuga contra o estresse; Passaremos a discutilas agora.

Quanto às principais fontes geradoras de estresse, foram citadas: medo de acontecerem erros; fadiga, cansaço excessivo (quase síndrome de Burnout); constante situação opressora (pressões); plantão noturno (para quem já trabalha na área da saúde); falta de tempo para o lazer, família, amigos e necessidades pessoais (COSTA, 2007);



Artigo

Apesar do presente estudo ter demonstrado que os acadêmicos buscam praticar atividade física, confrontado com a literatura pertinente, percebe-se que há uma grande parcela que não pratica nenhuma atividade física ou atividades não ligadas à graduação.

Gervásio *et al.* (2012) comprovaram que cerca de 63% dos acadêmicos não praticam exercícios físicos.

Um estudo que relacionou a depressão em estudantes ao estresse, ocasionado por exigências durante o curso de graduação, encontrou como causas o grande volume de informações novas, pouco tempo de dedicação às atividades de lazer e social e o ônus do contato com situações que requerem componentes emocionais como a doença e a morte dos pacientes (MOREIRA; FUREGATO, 2013).

Em outro estudo, foi verificado que ter de conciliar estudo e lazer foram consideradas de difícil realização e altamente desgastantes; por conseguinte, estressoras (BENAVENTE *et al.*, 2014).

REFERENCIAL TEÓRICO

ESTRESSE E FATORES ESTRESSORES ENTRE ACADÊMICOS

No último século, a gigantesca mudança em toda a sociedade passou a exigir do ser humano grande capacidade de adaptação biopsicossocial. Conseqüentemente, houve necessidade de ajustamento às mudanças, o que expõe as pessoas a diversas situações que as desestabilizam emocionalmente. Nesse aspecto, entram os fatores que desencadeiam todo o processo ao qual se tem por fim o estresse, propriamente dito.

O tema estresse tem sido discutido e difundido por todos meios de comunicação como causa ou explicação para acontecimentos que afligem a vida humana, devido a necessidade de adequação às novas situações, acima citadas (BUBLITZ *et al.*, 2012).

Para Bublitz *et al.* (2012) o ambiente que contribuiria para a edificação do conhecimento e seria a base para as suas experiências de formação profissional torna-se, por vezes, o desencadeador de distúrbios patológicos (dentre eles, o estresse), quando ocorre uma exacerbação dos fatores estressores.

De forma psíquica e social, o estresse é definido como uma relação dicotômica entre uma pessoa e um ambiente que é avaliado como ameaçador – ou algo que exige



Artigo

mais que suas próprias habilidades ou recursos – e que põe em perigo seu bem-estar (BUBLITZ *et al.*, 2012). Neste aspecto, Benavente *et al.* (2014) demonstraram, após construção e validação de instrumento para avaliação de estresse em estudantes de enfermagem, que os estressores podem estimular o desenvolvimento e amadurecimento, ou podem torna-se ameaçadores. Os autores elencaram os principais: acadêmicos – provas, trabalhos, relatórios, e excesso de responsabilidade; clínicos – situações desconhecidas, termos médicos, diagnóstico, tratamento, oferta do cuidado, possibilidade de erro na assistência, manuseio dos equipamentos, falta de conhecimento e de habilidades profissionais; pessoais – controle das emoções, baixa-autoconfiança, dificuldade em administrar o tempo e medo de opinar. Além disso, situações sociodemográficas (geralmente, sexo, idade, classe social e raça) podem levar à ocorrência de estresse. Insegurança e ansiedade podem causar ou piorar o estresse, portanto, se encaixam como fatores estressores (MOREIRA; FUREGATO, 2013).

ESTRESSE E ADOECIMENTO ENTRE ACADEMICOS

Ainda segundo Bublitz *et al.* (2012) a insatisfação com o curso e, conseqüentemente, a interrupção precoce – ou tardia – do mesmo, pode ser decorrente do estresse. Isolamento social é outra característica que merece ser levada em consideração, pois, segundo Hirsch *et al.* (2015), é uma constante, com base em estudos feitos pelos autores, bem como isolamento, apatia e falta de motivação para realizar atividades acadêmicas. Para eles, o estresse diminui, significativamente, a produtividade e interfere, diretamente, nas atividades pessoais. Desequilíbrio emocional e instabilidade no humor são outros dois sinais nítidos em situações estressoras (MOREIRA; FUREGATO, 2013).

Já Benavente *et al.* (2014) destacam que atritos constantes entre colegas de sala são sinais de alerta quanto à presença de estresse, e ainda que há presença de manifestações físicas e psicológicas, como cefaleia, depressão e ansiedade, quem podem comprometer desempenho acadêmico.

Qualquer fator que provoque tendência ao desequilíbrio promove, de pronto, respostas orgânicas automáticas e involuntárias que têm por finalidade reverter o processo em andamento e restabelecer o equilíbrio funcional, controladas pelo sistema nervoso autônomo (SNA). Uma das características mais notáveis do mesmo é a rapidez e a intensidade com que pode alterar as funções viscerais. O sistema simpático participa da resposta do corpo ao estresse, enquanto o sistema parassimpático



Artigo

atua para conservar os recursos do corpo e restaurar o equilíbrio do estado de repouso. As respostas cardiovasculares resultam principalmente em um aumento da frequência cardíaca, da contratilidade, débito cardíaco e pressão arterial. A redução da variabilidade de frequência cardíaca (VFC) tem sido apontada como um forte indicador de risco relacionado a eventos adversos em indivíduos normais e em pacientes com um grande número de doenças, refletindo o papel vital que o SNA desempenha na manutenção da saúde. A avaliação da VFC também tem sido bastante utilizada com objetivo de diagnosticar distúrbios fisiológicas e psicológicas (GERVÁSIO *et al.*, 2012, p. 331-332).

Dessa forma, pesquisa identificou manifestações clínicas decorrentes do estresse e observou sinais e sintomas como: variações de pressão arterial, frequência cardíaca, estado de ansiedade e manifestações clínicas do tipo palpitação, suor palmar, rigidez cervical, rigidez mandibular, urgência urinária, boca seca, tontura, dor epigástrica, cefaleia, tremor, agitação, esquecimento. Outro estudo, realizado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), com estudantes do 5º e 6º semestre do curso de Enfermagem, levantou como sinais e sintomas: indisposição durante as práticas escolares, tensão emocional, cefaleia frequente, lombalgia e fadiga (BUBLITZ *et al.*, 2012).

Vários são os estudos que comprovam que há uma diminuição da confiança para a realização da prática clínica (WATSON *et al.*, 2013). Merecem ênfase os estressores de ordem social, onde as mulheres são as mais afetadas, por estar em jogo a estética e os estereótipos, podendo haver um complexo de inferioridade tamanho, ao ponto de uma depressão se instalar; o gênero masculino é afetado pelo estresse decorrente do provimento de recursos diretos ou indiretos responsáveis por maximizar a sobrevivência e a reprodução (GALVÃO-COELHO *et al.*, 2015). Caso não consiga adaptar-se e conter os estressores, pode haver um processo desencadeador de respostas restritivas – podendo ser biológicas e psíquicas – que reduzem a qualidade de vida e bem-estar do discente (BUBLITZ *et al.*, 2011). Eles demonstraram que, na academia, quando a demanda é superior aos seus recursos, pode haver comprometimento do bem-estar, da capacidade de concentração, memorização e dificultar relações interpessoais.

MEDIDAS DE PROTEÇÃO E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO AO ESTRESSE

A maioria das estratégias (enfrentamento) desenvolvidas por acadêmicos de



Artigo

enfermagem a fim de tentar reduzir a tensão gerada são aquelas que se concentram nas emoções. Demonstrou-se que os alunos tendem a escapar dos fatores estressores de forma ilusória ou imaginária, fantasiando situações e minimizando a gravidade da situação, isso através das emoções. Contatou-se, também, que alunos estressados não desenvolvem lazer ou outra atividade semelhante, o que justifica o isolamento social, apatia e falta de motivação para realização de atividades acadêmicas. Para Hirsch *et al.* (2015), o envolvimento emocional (não racional), acrescido ao afastamento da realidade, não reduz estresse; ao contrário, quanto mais se usa estratégias de fuga emocionais, mais há observação do estresse. Em síntese, relacionado às emoções, os estudantes negam, ou seja, evitam exacerbações de sentimentos. Outra constante observada no enfrentamento – e que é mais grave – é adotar medidas como uso de álcool ou drogas, na tentativa de escapar de situações desagradáveis. Elencam-se, ainda, a rede social (amigos) como uma das principais escolhas de enfrentamento (HIRSCH *et al.*, 2015).

Deve-se considerar que a qualidade de vida dos estudantes, em geral, deve ser uma preocupação presente a todos aqueles que estão ligados diretamente com a formação profissional desses indivíduos. Determinar os fatores estressores significa prevenir os futuros danos provocados por essas emoções. Desenvolver métodos de orientação e treinamento para prevenir distúrbios emocionais deve ser foco nos cursos de graduação, em especial o de enfermagem. O desenvolvimento de técnicas, auxiliadas por – e com grupos – de interação e treinamento para seu enfrentamento, favorece a troca de saberes e permite o compartilhamento das situações difíceis que se apresentam nas diversas etapas da formação profissional do enfermeiro.

CONCLUSÕES

Os resultados nos apresentam o conhecimento sobre a temática por parte dos entrevistados, pois os mesmos citaram o que é seria o estresse, segundo seus próprios conhecimentos, e as respostas foram confrontadas com a literatura pertinente; Após isso, verificou-se que há uma realidade bem próxima entre as falas dos sujeitos e o que nos mostram as pesquisas.

Os fatores estressores são uma realidade presente na vida dos estudantes, principalmente, aqueles que têm de conciliar faculdade e trabalho. Os principais fatores identificados pelos alunos são descritos no quadro 01 e evidenciam aquilo que já é presente no senso comum, através de informações disseminadas “boca a boca”, por entre os estudantes.



Artigo

Por mais que se tente reduzir os fatores que causam estresse, não é uma tarefa fácil, levando em consideração que eles estão diretamente ligados à vida do discente. Portanto, é fundamental a família e os professores (da mesma forma, os demais profissionais da instituição de ensino superior) estarem atentos quanto aos sinais, para que, em tempo ágil, possam identificar os fatores que causam estresse e, desta forma, auxiliarem os alunos, evitando, assim, a cronicidade do estresse, que é quando há uma exacerbação dos fatores estressores.

Nesse sentido, sugere-se que algumas medidas podem ser adotadas para melhorar a qualidade de vida dos acadêmicos, dentre as medidas podemos citar: Criar meios de incentivar os acadêmicos a buscarem, na literatura, temas correlacionados; Estimulação do envolvimento professor-aluno, com intuito de facilitar a comunicação entre os envolvidos; Potencializar e/ou fortalecer o núcleo de apoio pedagógico para melhor acompanhar as situações entre os discentes.

REFERÊNCIAS

1. Aperibense, PGGS; Barreira IA. **Nexos entre enfermagem, nutrição e serviço social, profissões femininas pioneiras na área da saúde.** Rev da Escola de Enfer da USP. 2008; v. 42, n. 3, p. 474–482.
2. Bublitz S; Guido LA; Freitas EO; Lopes LFD. **Estresse Em Estudantes De Enfermagem: Uma Revisão Integrativa.** Rev Enferm UFSM. 2012; Set/Dez; v. 2, n. 3, p. 530–538.
3. Benavente SBT; Silva RM; Higashi AB; Guido LA; Costa ALS. **Influência de fatores de estresse e características sociodemográficas na qualidade do sono de estudantes de enfermagem.** Rev Esc Enferm USP. 2014;v. 48, n. 3, p. 514-520.
4. Benavente SBT; Silva RM; Higashi AB; Guido LA; Costa ALS. **Influence of stress factors and socio-demographic characteristics on the sleep quality of nursing students.** Rev Esc Enferm – USP. 2014; v. 48, n. 3, p. 512–518.
5. Coelho, EAC. **Gênero, saúde e enfermagem.** Rev Brasileira de Enfer. 2005; v. 58, n. 3, p. 345–348.



Artigo

6. Costa ALS. **Estresse em estudantes de enfermagem: construção dos fatores determinantes.** Rev. Min. Enf. 2007;Out/Dez; v. 11, n. 4, p. 414-419, out./dez.
7. Cozza HFP; Nogueira JCG; Cecato JF; Montiel JM; Bartholomeu D. **Avaliação de estresse no ambiente de trabalho de um grupo de estudantes de enfermagem.** Instituto Metodista de Ensino Superior. 2013;v. 351146, n. 211, p. 1-57.
8. Hirsch CD; Barlem ELD; Tomaschewski-Barlem JG; Luanrdi VL; Oliveira ACC. **Predictors of stress and coping strategies adopted by nursing students.** Acta Paul Enferm. 2015a; v. 28, n. 283, p. 224-9224.
9. Hirsch CD; Barlem ELD; Tomaschewski-Barlem JG; Luanrdi VL; Oliveira ACC. **Coping strategies of nursing students for dealing with university stress.** Rev Bras Enferm. 2015b; v. 68, n. 5, p. 501-508.
10. Feitosa MS; Campos CA; Silva CRO; Faria AL; Santos TCMM. **Fatores estressantes: graduandos do curso de enfermagem.** 1991; p. 1-5.
11. Fiorotti KP; Rossoni RR; Borges LH; Miranda AE. **Transtornos mentais comuns entre os estudantes do curso de medicina: prevalência e fatores associados.** Jornal Bras. Psiquiatr. 2010; V. 59, p.17-23.
12. Gervasio SMD; Kawaguchi LYA; Caselechi HL; Carvalho RA. **Análise do estresse em acadêmicos de Enfermagem frente ao primeiro estágio da grade curricular.** 2012; p. 331-335.
13. Galvão-Coêlho NL; Silva HPA; Sousa MBC. **Estudos de psicologia.** 2015; v. 20, p 72-85.
14. Lakatos EM; Marconi MA. **Fundamentos de metodologia científica.** 2010; 7. ed. - São Paulo: Atlas.
15. Leite FT. **Iniciação à Pesquisa Científica: Métodos e Técnicas de pesquisa, Metodologia da Pesquisa e do Trabalho Científico (Monografia, Dissertações, Teses e Livros).** 2004; Fortaleza: Universidade de Fortaleza, p. 287.



Artigo

16. Ministério da Saúde. Comissão de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 466/12**. Dispõem sobre pesquisa envolvendo seres humanos. 2012; Brasília: Conselho Nacional de Saúde.

17. Moreira DP; Furegato AR. **Stress and depression among students of the last semester in two nursing courses**. Rev Lat Am Enfermagem. 2013;v. 21, p. 155-162.

18. Silva AH; Fossa MIT. **Análise De Conteúdo: Exemplo De Aplicação Da Técnica Para Análise De Dados Qualitativos**. Qualitas Revista Eletrônica. 2015;v. 16, n. 1, p. 1–14.

19. Silva VLS; Chiquito NC; Andrade RAPO; Brito MFP; Camelo SHH. **Fatores de estresse no último ano do curso de graduação em enfermagem: percepção dos estudantes**. Rev. Enf. UERJ, Rio de Janeiro. 2011;Jan/Fev; v. 19, n. 1, p. 121-126.

20. WATSON R; Yanhua C; Ip MYK; Wong TKS; Deary IJ. **The structure of stress: Confirmatory factor analysis of a Chinese version of the stressors in Nursing Students Scale (SINS)**. Nurse Education Today. 2013.



Artigo

O IMPACTO POSITIVO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL ATRAVÉS DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

THE POSITIVE IMPACT ON THE PRODUCTION OF MENTAL HEALTH CARE AND CARE THROUGH INTEGRATED COMMUNITY THERAPY

Jonas Oliveira Menezes Júnior¹

Francisco Carneiro Braga²

Maura Vanessa Silva Sobreira³

Ana Amélia da Fonseca Pinheiro de Sá⁴

Adriana Maria Macêdo de Almeida Tofóli⁵

Taciana Raquel Silva Sobreira⁶

RESUMO - O estudo tem como objetivo identificar os impactos positivos da terapia comunitária integrativa como ferramenta de cuidado psicossocial no âmbito da Atenção Básica e analisar os benefícios que a mesma pode proporcionar frente ao cuidado a saúde de usuários da Estratégia Saúde da Família e Centros de Atenção Psicossocial. Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, para a identificação de produções sobre o tema terapia comunitária integrativa e saúde mental, adotando a revisão integrativa de literatura. Os resultados demonstraram que a terapia comunitária integrativa insere-se enquanto dispositivo de fortalecimento de vínculos entre equipe e usuários, empoderando

¹Psicólogo Clínico, e-mail: menezessespb@gmail.com;

²Matemático e Pedagogo, do Sistema Prisional da Paraíba, especialista em Educação Matemática, pós-graduando em Docência do Ensino Superior, e-mail: fmendes0106@gmail.com;

³Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de SP, Mestre em Enfermagem- UFRN, Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Docente na Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, PB, Brasil. E-mail: mauravsobreira2@gmail.com;

⁴Enfermeira, especialista em Processos Educacionais na Saúde Pelo Hospital Sírio Libanês, Gerente Regional de Saúde da 9ª GRS, e-mail: Amélia_haroldo@hotmail.com;

⁵Nutricionista, especialista em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde Coletiva, e-mail: dricamacedotofoli@gmail.com;

⁶Medica com Residência em Clínica Médica pela UFPB, especialista em Medicina da Família e Comunidade pela UFPB, João Pessoa, PB, Brasil, e-mail: taciraquel@hotmail.com.



Artigo

os sujeitos acerca de suas potencialidades e corresponsabilizando-os pelo seu processo saúde-doença, desenvolvendo nos trabalhadores a capacidade de autoconhecimento, para que ele possa atuar no campo do trabalho sem escravizar-se, sem alienar-se, tornando-se um mero insumo, no processo de trabalho. Nos Centros de Atenção Psicossocial, mostra-se potente e eficaz aos sujeitos portadores de transtornos mentais, constituindo enquanto abordagem facilitadora do autoempoderamento, haja vista que potencializa os recursos individuais e coletivos, na medida em que se apropria das qualidades e forças que já existem em potência nas relações sociais, contribuindo ainda com a ampliação da clínica, além de ampliar a percepção dos profissionais para com os seus clientes, garantindo uma maior possibilidade de vínculo, adesão terapêutica por parte da clientela, bem como o aumento da credibilidade do serviço.

Palavras-chave: Centros de Atenção Psicossocial; Estratégia Saúde da Família; Saúde Mental e Terapia Comunitária.

ABSTRACT - The study aims to identify the positive impacts of integrative community therapy as a psychosocial care tool in Primary Care and to analyze the benefits it can provide to the health care of users of the Family Health Strategy and Care Centers. Psychosocial. This is a qualitative approach study, for the identification of productions on the theme integrative community therapy and mental health, adopting the integrative literature review. The results showed that the integrative community therapy is inserted as a device to strengthen bonds between team and users, empowering the subjects about their potentialities and making them co-responsible for their health-disease process, developing in the workers the capacity for self-knowledge, so that He can work in the field of labor without enslavement, without alienation, becoming a mere input in the labor process. In Psychosocial Care Centers, it is shown to be potent and effective to subjects with mental disorders, constituting as a facilitating approach to self-empowerment, given that it enhances individual and collective resources, as it appropriates the qualities and forces already they exist in social relations, contributing to the expansion of the clinic, in addition to broadening the perception of professionals towards their clients, ensuring a greater possibility of bonding, therapeutic adherence by the clientele, as well as increasing the credibility of the service. .



O IMPACTO POSITIVO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL ATRAVÉS
DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

Páginas 193 a 216

Artigo

Keywords: Psychosocial Care Centers; Family Health Strategy; Mental Health and Community Therapy.

INTRODUÇÃO

O conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas, evoluindo em seus conceitos dependendo da época, do lugar, da classe social, de valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito. (SCILIAR, 2007).

De acordo com Straub (2005), encontram-se os primeiros registros de práticas relacionadas ao tratamento de doenças já no período pré-histórico, exemplificando a Grécia antiga e Roma, que além da prática da medicina, adotavam medidas sanitárias e na China antiga, onde se realizava a medicina com ervas e acupuntura.

Na Renascença deu-se início a investigação científica e o filósofo/matemático René Descartes conceituou o corpo humano fazendo analogia a uma máquina, ele analisa o corpo humano de forma objetiva, peça a peça (Rioset al., 2007), mas, ao fazê-lo, leva à transformação desse corpo em objeto, e, conseqüentemente, à perda da identidade do sujeito, quando paciente (MOULIN, 2009).

Segundo Pratta e Santos (2009), no fim da Idade Média a Europa foi assolada pela peste negra, e as outras formas existentes de atenção à saúde, a exemplo da mágica, religiosa e a galênica não deram conta de sanar o problema levando à necessidade de se pensar o conceito de doença de uma forma emergencial. Esse cenário gerou um campo propício para o desenvolvimento e popularização do modelo biomédico, tendendo-se para a especialização e fragmentação, perdendo a visão holística do homem, em suas dimensões psicológicas e sociais, focando na doença e sua cura, o diagnóstico individual e o tratamento, o processo fisiopatológico que ganham espaço (CUTOLO, 2006).

De acordo com Pereira et al. (2000), um novo conceito de saúde é evidenciado a partir de 1945, quando o médico e historiador Henry Sigerist utiliza a expressão “**promoção de saúde**”, ao definir quatro tarefas essenciais à Medicina: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação. No ano de 1948, é criada a Organização Mundial da Saúde (OMS), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, afirmando que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a



Artigo

ausência de doença, a saúde deve expressar o direito a uma vida plena, sem privações” (SCILIAR, 2007).

As novas concepções de saúde concebem assim o ser humano enquanto um ser integral, desconstruindo o paradigma do modelo biomédico, dando surgimento a um novo modelo de atuação dos profissionais de saúde, pautado no compromisso ético-político com a demanda social, baseado numa visão abrangente que supera a concepção de tratar uma doença apenas com receita prescrita pelo médico, trata-se da instalação de uma perspectiva que vai além do processo curativo/remediativo, buscando estar engajada em práticas que promovam a saúde e previnam possíveis doenças, reduzindo os danos de males que já estão incorporados no sujeito, trata-se do modelo biopsicossocial (STRAUB, 2005).

O modelo biopsicossocial desenvolve-se a partir de ações voltadas à prevenção de doenças e promoção à saúde e para atingir tal objetivo, considera que o adoecimento tem um lado biológico, hereditário, quase não manipulável, mas também existem alguns fatores psicológicos e sociais que podem ser moldados pela pessoa, como hábitos saudáveis, ambiente favorável ou acesso a serviços de saúde (SCILIAR, 2007).

Nessa nova concepção de um modelo biopsicossocial no contexto da saúde pública brasileira, preconizada pela Lei 8080/90, em cujos objetivos (Art. 5º) é posto “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas”, requer, além de uma drástica mudança de paradigmas os quais reproduzem uma conceituação de saúde restrita, caracterizada pela ausência de doença, para uma postura crítica pautada ética e politicamente no compromisso social (BRASIL, 2010).

O compromisso social requer um sujeito capaz de construir um saber crítico sobre si mesmo, sobre seu mundo e sobre sua inserção nesse mundo, de modo que o agir técnico do profissional precisa ultrapassar as fronteiras do psiquismo, de um modelo que privilegia, na maioria das vezes as causas intrapsíquicas em detrimento das causas intersíquicas, para adentrar no campo sócio-histórico e da cotidianidade (MARTÍN-BARÓ, 1997 *apud* DIMENSTEIN, 2001).

As dimensões éticas e políticas estão intrinsecamente correlacionadas. Um posicionamento ético responsável é marcado por reflexões críticas acerca das possibilidades de intervenção profissional com objetivo de atender adequadamente às necessidades da população assistida, fomentando para estas o empoderamento, a autonomia e participação, condições necessárias para a transformação social (CONTINI, 2000).



Artigo

Nesse contexto, no cenário brasileiro, há em andamento uma desconstrução do modelo vigente de atenção à saúde mental, a partir da Reforma Psiquiátrica, a saber, o hospitalocêntrico, excludente e reabilitador para um modelo de base comunitária, cujo eixo norteador das ações é o coletivo, a promoção da saúde, a prevenção do adoecimento e a inclusão social, visando os sujeitos, a família e os grupos sociais. No modelo comunitário, torna-se imperioso transformar os modos de cuidar do sujeito, deslocando o objeto para a existência – sofrimento do indivíduo e sua relação com a sociedade (CAVALHERI, 2008).

Nessa nova perspectiva, as mudanças não devem acontecer apenas no interior do hospital psiquiátrico, deve ser efetivada em todo um contexto social, modificando a lógica institucionalizante e segregadora a fim de que os novos serviços não reproduzam o saber manicomial. Sobretudo, faz-se necessário, transformar os serviços, os profissionais e a sociedade para que estes possam estar abertos à construção de um novo saber/fazer em saúde mental (AMARANTE, 1999).

Nesse cenário de transformação dos modos de cuidar e de reorganização dos serviços, embasado tecnicamente pelo Decreto 7.508/2001, que regulamentou a Lei 8.080/1990 e instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o Ministério da Saúde através da Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, ampliando e garantindo um acesso de qualidade a população, de forma a promover a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BARROS e JORGE, 2011).

Em fevereiro de 2006, regido pelas Portarias Ministeriais n. 971, de 03 de maio e n. 1.600, de 17 de julho, ambas do ano de 2006, foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPIC), que abriga várias práticas existentes e legitimadas em diversos sistemas municipais de saúde do país como Homeopatia, Acupuntura, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo Social/Crenoterapia. A gestão dessa política se dá no âmbito do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde que, desde 2008, vem incluindo outras práticas complementares, entre as quais a Terapia Comunitária Integrativa, com isso tal prática, efetiva-se e fortalece a prevenção e a promoção da saúde tão necessária na rede do SUS (BRASIL, 2006; ANDRADE et al, 2008).



Artigo

Nesse contexto, a TCI vem se consolidando enquanto tecnologia de cuidado em saúde mental, emergindo como dispositivo valioso de intervenção psicossocial na saúde pública. A TCI se configura ainda enquanto espaço de acolhimento, para a partilha de sofrimentos e sabedoria de vida, que ocorre de maneira circular e horizontal, garantindo ainda escuta, reflexão e troca de experiências, criando uma teia de relação social entre os participantes na busca de solução para os conflitos pessoais e familiares (BARRETO, 2008).

A TCI surgiu no ano de 1987, em Pirambu, uma das maiores comunidades de Fortaleza – CE, pelo Prof. Adalberto Barreto, docente do Curso de Medicina Social da Universidade Federal do Ceará, psiquiatra, teólogo e antropólogo, com a proposta de apoio a indivíduos com sofrimento psíquico da região. Foi percebido que metodologia clínica (medicalização, individualização, internações) não atenderia as necessidades das pessoas, concluindo a emergência da criação de uma rede social solidária, diminuindo o sofrimento emocional da população, advindos de problemas relacionados com pobreza, migração, abandono, insegurança e baixa estima. A TCI se ampara metodologicamente a partir de cinco pilares teóricos: O Pensamento Sistêmico, a Teoria da Comunicação, a Antropologia Cultural, a Pedagogia de Paulo Freire e o conceito de Resiliência (BARRETO, 2008).

O interesse por este tema surgiu durante as vivências, no curso de formação intitulado Multiplicadores – Oficinas Cuidando do Cuidador, ofertado pela Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa, no ano de 2012, espaço de aprendizagens de formas de cuidado em saúde até então desconhecidas pelo pesquisador, incluindo a TCI. Diante desta experiência, percebendo a necessidade de se investigar a TCI como eficaz ferramenta de cuidado em saúde mental, questiona-se: Quais os impactos positivos da TCI na produção do cuidado em saúde mental? Nesse sentido, objetivou-se identificar os impactos positivos da TCI como ferramenta de cuidado psicossocial no âmbito da Atenção Básica e Analisar os benefícios que a TCI pode proporcionar frente ao cuidado a saúde de usuários da ESF e CAPS.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, para a identificação de produções sobre o tema Terapia Comunitária Integrativa e saúde mental, adotando a revisão integrativa de literatura. Essa revisão oferta aos profissionais de diversas áreas de atuação



**O IMPACTO POSITIVO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL ATRAVÉS
DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA**

Páginas 193 a 216

Artigo

na saúde o acesso rápido aos resultados importantes de estudos que fundamentam as ações ou a tomada de decisão, propiciando um saber crítico (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Essa revisão desenvolve-se a partir do estabelecimento de critérios bem definidos acerca da coleta de dados, processo de análise e apresentação dos resultados, a partir de um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado. Para tanto, foram adotadas as seis etapas indicadas para a constituição da revisão integrativa da literatura: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabelas, considerando todas as características em comum; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados e 6) reportar, de forma clara, a evidência encontrada (GANONG, 1987 *apud* LANZONI; MEIRELLES 2011).

A estratégia de identificação e seleção dos estudos foi a busca de publicações indexadas na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), e SciELO (ScientificElectronic Library Online), utilizando como palavras-chave os descritores controlados: “Terapia Comunitária”, “Saúde Mental”, “Estratégia Saúde da Família” e “CAPS”. Realizamos o agrupamento dos descritores da seguinte forma: Terapia Comunitária e Saúde mental, Terapia Comunitária e Estratégia Saúde da Família e Terapia Comunitária e CAPS.

Foram adotados os seguintes critérios para seleção dos artigos: todas as categorias de artigo (original, revisão de literatura, reflexão, atualização, relato de experiência, etc.), estar publicado no idioma português, entre os anos de 2000 e 2016, retratar ações e intervenções utilizadas a partir da prática da Terapia Comunitária Integrativa, perpassando pela Estratégia Saúde da Família e nos Centros de Atenção Psicossocial. O critério de exclusão dos artigos foi: estudos que não atendessem os critérios de inclusão mencionados.

Seguindo os critérios de inclusão, chegou-se a 18 publicações, procedendo assim a leitura minuciosa de cada resumo/artigo, destacando aqueles que responderam ao objetivo proposto por este estudo, a fim de organizar e tabular os dados, obtendo por fim, 06 artigos. Para a organização e tabulação dos dados, os pesquisadores elaboraram instrumento de coleta de dados contendo: título, periódico, ano de publicação, profissão do autor (es), categoria do estudo, objetivo do estudo, método de análise e principais resultados.

Logo depois, os elementos foram comparados e agrupados por similaridade de conteúdo, sob a forma de categorias empíricas. Após uma análise acurada do material,



Artigo

chegou-se às seguintes categorias: A utilização da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família e A utilização da Terapia Comunitária Integrativa nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos são visualizados na Tabela 1 que se segue, na qual são identificada (o)s autor (e)s, títulos dos artigos e ano de publicação dos mesmos.

Nº	TÍTULO	AUTOR (ES)	ANO
01	Terapia Comunitária e o Caps promovendo a Reinserção Social.	Ferreira-Filha M.O., Cordeiro R.C., Guerra C.S., Moraes M.N., Araruna M.H.M.	2010
02	A Terapia Comunitária em um Centro de Atenção Psicossocial.	Ferreira-Filha M.O., Carvalho M.A.P.	2010
03	Formação de terapeutas comunitários na Paraíba: impacto na Estratégia Saúde da Família.	Araruna M.H.M., Ferreira-Filha M.O., Dias M.D., Braga L.A.V., Moraes M.N., Rocha, J.A.	2012
04	A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento.	Ferreira-Filha M.O., Dias M.D., Andrade F.B., Lima E.A.R., Ribeiro F.F., Silva, M.S.S.	2009
05	Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência.	Jatai, J.M., Silva L.M.S.	2012
06	Terapia Comunitária e suas repercussões no processo de trabalho na estratégia saúde da família.	Silva G.W.S., Sobreira M.V.S., Pereira A.J., Silva M.L.S., Miranda F.A.N.	2013

Tabela 1. Título, Autores e Ano de publicações dos artigos selecionados.

Quanto ao desenho metodológico, os artigos foram classificados como: 02 relatos de experiência, 01 revisão integrativa de literatura, 01 estudo empírico, de abordagem qualitativa, 01 estudo documental, compreensivo e interpretativo e 01 estudo exploratório.



Artigo

No que se refere aos periódicos dos artigos selecionados, foram identificados 04, sendo eles: Revista Gaúcha de Enfermagem, Revista Eletrônica de Enfermagem, Revista Brasileira de Enfermagem e Revista de Enfermagem da UFPE OnLine.

Em relação à profissão dos autores, houve predominância de enfermeiros (78%), seguidos por estudantes de enfermagem (20%) e Terapeuta Comunitário (2%). A análise dos dados possibilitou a classificação das publicações em duas categorias temáticas. A utilização da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família e A utilização da Terapia Comunitária Integrativa nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS).

A utilização da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família

No Brasil, no setor saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), oriundo de mobilizações populares da década de 1980 emerge enquanto direito social, afirmando que a “Saúde é um direito de todos e dever do Estado”, com seus princípios de Universalidade, Integralidade, Equidade, pela descentralização e participação da comunidade, sendo o principal objetivo garantir o acesso aos serviços públicos de saúde e consolidar-se como política social e econômica, desenvolvendo ações no âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo em vista a redução das mesmas e de outros agravos. Nesse contexto, o SUS propõe uma reformulação política, organizacional e ética para o ordenamento dos serviços e ações de saúde (HOLANDA, 2006 apud LEMOS, 2009).

O SUS, através do Ministério da Saúde, desde a década de 1990, organiza seus serviços em níveis de complexidade, sendo eles Atenção Básica (AB), de média e alta complexidade, concebendo em 1994 o Programa Saúde da Família, denominado posteriormente Estratégia Saúde da Família (ESF), como uma promissora proposta de reorganização das práticas assistenciais, em substituição ao modelo clássico de atenção à saúde, entendendo a pessoa usuária no seu contexto ampliado, considerando o conceito de família e os aspectos da promoção da saúde. Tais ações também se estendem para o campo da atenção à saúde mental (CHIESA; FRACOLLI; SOUZA, 2002).

A ESF é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas, de acordo com as diretrizes e normas da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), deve ser o contato preferencial do usuário, a porta de entrada principal e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da



Artigo

participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, na busca por uma atenção integral (BRASIL, 2012).

Nesse cenário, pensar na produção de ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde exige-nos conhecimento acerca dos territórios que circunscrevem as populações, tendo em vista que os lugares, dentro de uma cidade ou região, são resultados de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (BARCELLOS et al., 2002).

Nesse sentido, os profissionais de saúde que atuam na ESF devem garantir em sua práxis diária, a inserção de mecanismos e instrumentos que possibilitem a geração de indicadores capazes de detectar e refletir condições de risco à saúde, advindos de condições ambientais e sociais adversas. Esses indicadores devem permitir a identificação dos lugares, suas relações com a região, bem como a relação entre a população e seu território, implantando meios propícios para o controle das doenças (BARCELLOS et al., 2002).

Nesse contexto complexo da produção do cuidado em saúde, com vistas às particularidades do território e junto com a população, a TCI se constitui enquanto espaço de escuta, reflexão e troca de experiências entre equipe e usuários, fortalecendo as relações humanas e formando coletivamente redes solidárias de apoio ao sofrimento psíquico, garantindo ainda o resgate da autoestima e diminuição do sofrimento emocional advindo de problemas relacionados à migração, pobreza, abandono, insegurança e isolamento social (ANDRADE et al. 2009; ROCHA et al. 2009 e BARRETO, 2008).

Em estudo realizado por Ferreira-Filha et al. (2008), em Unidade de Saúde da Família no município de Vila Flor, no Estado do Rio Grande do Norte, a TCI foi explorada na intenção de conhecer suas contribuições no cuidado à 13 mulheres usuárias da ESF, do ponto de vista da integralidade. Nessa discussão a TCI se insere como expressão da subjetividade, favorecendo o alívio do sofrimento, a valorização pessoal e o fortalecimento de vínculos (FERREIRA-FILHA et al. 2008).

No âmbito do alívio do sofrimento falas como: *“Estou saindo mais aliviada e espero que a terapia possa acontecer outras vezes”* e *“Agradeço a vocês que trouxeram a TCI para nosso município e em particular por eu ter tido a oportunidade de compartilhar esse meu problema”*, demonstram que a TCI é entendida como um espaço de partilha para alívio do sofrimento mental que aflige muitos usuários do serviço de saúde, que foram em busca da redução de dores físicas, muitas vezes originadas por um sofrimento psíquico, demonstrando ainda que os sujeitos se sentem valorizados e o espaço de escuta ofertado é resolutivo (FERREIRA-FILHA et al. 2008).



Artigo

Ainda nesse estudo a valorização pessoal, aparece no seguinte discurso: *“Estou saindo mais aliviada e me sentindo mais valorizada, não quero sair mais desse grupo. Sinto-me mais fortalecida. Não vou deixar que esse sentimento me coloque para baixo e fico a disposição de vocês para quando estiverem para baixo me procurem e vamos todas para o banco da praça”*, corroborando com o entendimento de que as rodas de TCI tecem redes de apoio e despertam possibilidades de mudanças, já que as pessoas da comunidade participam de uma mesma cultura e partilham entre si recursos de comunicação e laços de identidade, apresentando afinidades em seus sofrimentos e a busca de soluções para os mesmos (BARRETO, 2008).

Ferreira-Filha et al. (2008) salienta que as transformações provocadas pela TCI revelam o fortalecimento e renovação de vínculos promotores de saúde, seja no espaço familiar, no lazer, espiritual. De acordo com entrevistas realizadas com participantes de TCI foi possível perceber que esta terapia é compreendida como um espaço de partilha das vivências, permitindo o alívio do sofrimento, valorização pessoal e fortalecimento dos vínculos concorrendo para o surgimento da resiliência (FERREIRA-FILHA et al. 2008).

A TCI inscrita nas atividades das Equipes de Saúde da Família se consolida enquanto Projeto Terapêutico Coletivo, empoderando os sujeitos acerca de suas potencialidades e corresponsabilizando-os pelo seu processo saúde-doença, humanizando as práticas de saúde, estreitando as relações dos profissionais com a comunidade, promovendo a troca de experiências, além de favorecer uma reorganização de ideias e pensamentos, com isso os sujeitos conseguem trabalhar a subjetividade e entender que eles devem buscar uma solução cabível para enfrentar os seus problemas (SOUZA et al. 2007).

Em virtude de estarmos inseridos no território, propriamente chamado de bairro e/ou comunidade fazemos parte de uma pequena família e, como toda família, apresentamos algumas dificuldades de nos relacionar e compreender a dor do outro. A vantagem de ter a TCI como ferramenta de auxílio na atenção básica é que a mesma servirá como aporte aos usuários para melhor entender e conduzir as suas dificuldades, além de gerar nos envolvidos um largo conhecimento seja este adquirido por meio científico e/ou conhecimento popular (BARRETO; LAZARTE 2013).

Ressalta-se ainda que os encontros da TCI permitem visualizar no grupo uma sensibilização, onde os envolvidos são tomados por um processo que transforma o indivíduo e coletivo, e os aproximam à realidade evidenciada, fortalecendo a construção



Artigo

de redes sociais, sendo excluídos da TCI os espaços que destina-se a consultar e/ou acompanhar os pacientes (FERREIRA-FILHA; LAZARTE; DIAS et al, 2013).

Em um estudo de relato de experiência da implantação da TCI na ESF em uma unidade básica de saúde de Fortaleza – CE, no bairro Quintino Cunha, Jatai e Silva (2012) revelam pontos significativos e relevantes promovidos pelas Rodas de TCI, são eles:

- Adesão da comunidade em participar dos encontros;
- O interesse da comunidade em revitalizar a associação comunitária;
- O aumento do vínculo da comunidade com os profissionais da ESF;
- O fortalecimento da comunidade que se organizou e escolheu um representante para participar do novo Conselho local de Saúde.

Além disso, observou-se o aumento em 100% do número de prevenções realizadas na unidade; a garantia de acesso a alguns serviços básicos de saúde e a diminuição da demanda reprimida daquela comunidade que não procurava os serviços de saúde, ou seja, o local da terapia se tornou além de um espaço para tratar os sofrimentos em um espaço de educação em saúde e participação popular (JATAI; SILVA, 2012).

Enquanto desafios no processo de implantação da TCI, Jatai e Silva (2012) apontam a necessidade de expertise no que tange à envolver as pessoas com seus problemas, suas contradições e adversidades, para agirem juntas, na tentativa de melhorar o quadro de vida da comunidade. Ressalta-se que a TCI apresenta-se como uma possibilidade de aproximar os profissionais de saúde às demandas da comunidade, sendo um instrumento que possibilita uma escuta qualificada, um estar junto, trocar experiências, trabalhar prevenção e promoção da saúde de forma significativa e principalmente, valorizando o saber popular (JATAI; SILVA, 2012).

Em estudo realizado por Silva et al. (2013), emerge a discussão acerca dos processos de trabalho em saúde e sua organização tecnológica, apresentando a TCI enquanto tecnologia leve/relacional, inscrita em um lócus onde se produz o cuidado, o acolhimento, a construção de vínculos e a responsabilização. Dessa forma a TCI, no espaço das tecnologias leves, possibilita também um repensar sobre a forma de produzir cuidado, considerando que no momento produtor do cuidado, no espaço intercessor, os sujeitos que se relacionam possuem uma subjetividade e devem produzir um cuidado na perspectiva da autonomia, do fortalecimento dos vínculos, no modelo co-participativo e não co-dependente, e conseqüentemente garantindo a sustentabilidade das relações humanas não narcísicas mais aquelas mais humanizadas (SILVA, 2013).

É um modo de fazer saúde implicado na desconstrução de uma política de atenção à saúde reducionista, programadas para produção de “tecnologias duras” (ex. máquinas)



Artigo

e “leve-duras” (ex. conhecimento técnico), em contribuição histórica aos interesses da indústria de medicamentos, não dando conta de abranger os diversos aspectos da vida dos indivíduos para a existência de uma real e ampla condição de bem-estar. Assim a TCI, vem enquanto tecnologia leve, resignificar os processos de trabalho, considerando toda a subjetividade dos atores envolvidos na produção do cuidado, incluindo a micropolítica e fortalecimento dos vínculos entre profissional e usuário. (SILVA, 2013).

Dessa forma, uma vez criada uma relação entre profissional, usuário e comunidade é possível atuar nas ações de promoção, prevenção, remediar os danos e reabilitar o cliente. A TCI se afirma na ESF como um mecanismo auxiliar capaz de promover o diálogo e possibilitar ao usuário e profissionais a oportunidade de se reconhecerem e conhecerem um ao outro (BARRETO, 2008).

O método abordado por Barreto (2008), parte do princípio do fortalecimento das redes de apoio social, cabendo estar interligadas, desde a organização formal, até as relações informais, desempenhando uma abordagem acolhedora, o que ajuda as pessoas a se integrarem, fazendo com que se sintam mais seguras e aconchegadas, ajudando-as, assim, a relatar seus sofrimentos diários. Com esse extravasamento é possível trabalhar a saúde mental dos envolvidos dentro da TCI (CORDEIRO, et al 2011).

Já sobre os processos de formação em TCI, ofertada aos trabalhadores da ESF, Araruna et al. (2012) salienta que este permite compreender o mecanismo do trabalhador em desenvolver a capacidade de autoconhecimento, para que ele possa atuar no campo do trabalho sem escravizar-se, sem alienar-se, tornando-se um mero insumo, no processo de trabalho. Esta formação ajuda ainda na transformação pessoal e profissional através da maneira de se relacionar com as pessoas, tornando-se mais sensível aos problemas que afetam a sociedade, trabalhando o autoconhecimento, a autoestima, segurança e paciência (ARARUNA et al. 2012).

Neste estudo, Araruna et al. (2012), distribui por eixo temático respostas relacionadas ao impacto que a formação em TCI ofertou aos trabalhadores, no que tange ao seu desenvolvimento pessoal, para o trabalho em equipe e acerca do trabalho desenvolvido junto à comunidade, destacando-se nas respostas: ***Valorização Pessoal, a Redução do estresse, o Cuidado e os Relacionamentos Pessoais, Valorização Cultural, Esforço Pessoal, Satisfação no Trabalho e Confiança no Outro, Trabalho em equipe, além de Humanização e Fortalecimento de vínculos.*** O profissional que não está satisfeito com o trabalho que assume, não se sente estimulado a desempenhar suas funções, comprometendo a eficácia de suas ações. As mudanças proporcionadas pelo curso alcançam o íntimo do indivíduo e daí parte as repercussões no trabalho, na família



Artigo

e comunidade (Araruna et al 2012). Dessa maneira, compreende-se que a inclusão de terapias na ESF vem a ser um divisor de águas, pois seu funcionamento efetivo permite transformar a comunidade de excluídos em pessoas com outros valores culturais e esta com ajuda de todos conseguem se descobrir e verbalizar sensações positivas de emoções (BARRETO, 2008).

A utilização da Terapia Comunitária Integrativa nos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS)

A Assistência Psiquiátrica Pública Brasileira tem passado por diversas transformações, principalmente a partir dos anos de 1990 com a Reforma Psiquiátrica, que visa a desinstitucionalização da Assistência em Saúde Mental e a substituição do modelo hospitalocêntrico, através da redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos e implantação concomitante de recursos terapêuticos substitutivos ao aparelho manicomial, passando a ser trilhado com ênfase e entusiasmo como política nacional pelo Ministério da Saúde. Esta nova política conta com o apoio de movimentos sociais, reunindo gestores, profissionais de saúde e assistência social, familiares, usuários, organizações profissionais etc. (BRASIL, 2012).

Os serviços de saúde mental existentes na maioria das cidades brasileiras, segundo Brasil (2012), têm se dedicado à desinstitucionalização de pacientes cronicamente asilados, ao tratamento de casos graves e às crises. Uma grande parte do sofrimento psíquico menos grave continua sendo objeto do trabalho de ambulatórios e da atenção básica em qualquer uma de suas formas. Existe uma porcentagem de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como resistência à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Pode-se dizer que todo desequilíbrio de saúde é também problema de saúde mental, e que toda saúde mental é também produção de saúde. Neste sentido, é sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a atenção básica. (BRASIL, 2012).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental, porém, não é o único tipo de serviço. A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados, incluindo: a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros (BRASIL, 2004).

Brasil (2004) discorre que o primeiro CAPS do Brasil foi inaugurado em março de 1986, na cidade de São Paulo. A criação desse CAPS e de tantos outros, fez parte de



Artigo

um intenso movimento social, inicialmente de trabalhadores de saúde mental, que buscavam a melhoria da assistência no Brasil e denunciavam a situação precária dos hospitais psiquiátricos, que ainda eram o único recurso destinado aos usuários portadores de transtornos mentais.

As atividades realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido em seu território. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, na busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana, buscando organizar uma rede de atenção para as pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados. Para constituir essa rede, todos os recursos afetivos, sanitários, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer são considerados, para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. Neste sentido, os CAPS devem estar articulados na rede de serviços de saúde e necessitam permanentemente de outras redes sociais, de outros setores afins, para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais (BRASIL, 2004).

Em estudo realizado em um CAPS no município de Pedras de Fogo, na Paraíba, no período de outubro de 2009 a janeiro de 2010, com Rodas de TCI aplicadas com usuários do serviço, Ferreira Filha et al. (2010) apresenta a TCI enquanto ferramenta que possibilita a formação de uma teia social aumentando os vínculos entre os participantes e fortalecendo a sua autoestima, pois cada um aprende com a experiência do outro, sendo terapeuta de si mesmo e encontrando os próprios meios de resolver dificuldades do cotidiano, que acarretam sofrimento emocional e conseqüentemente físico, melhorando cada vez mais a sua qualidade de vida.

Ainda nesse estudo as autoras destacam que os participantes relataram que saem das rodas com mais coragem e determinação para prosseguirem em vitórias cotidianas, devido ao entendimento de que são importantes, têm valor e que podem fazer a diferença mesmo com suas limitações. A troca de experiências, segundo eles, tem sido fundamental para o encontro de alternativas para superar seus problemas, antes “sem solução”, e para compreenderem que dificuldades e problemas são inerentes ao cotidiano, porém muitas vezes são verdadeiros trampolins para um crescimento pessoal e social.

De acordo com Ferreira-Filha et al.(2010) os usuários deste serviço padecem de distúrbios relativos ao abandono, à insegurança e à baixa autoestima. Para enfrentar estes problemas, é necessário estimular e integrar ações e modelos que permitam investir na prevenção, tirando o foco da psiquiatrização e medicalização de problemas existenciais.



Artigo

A TCI se propõe a reforçar a importância da valorização da família e da rede de apoio solidário, além de estimular que as pessoas cuidem mais de si e valorizem os recursos culturais locais (ANDRADE et al, 2009).

No cenário de atuação da TCI percebe-se que o modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com políticas específicas, são fortalecidos, obedecidos pelas ações de saúde mental na atenção primária, através do estabelecimento de vínculos e acolhimento, fundamentando-se nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, aumentando a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe e estimulando a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica, além de ampliar a percepção dos profissionais para com os seus clientes, garantindo uma maior possibilidade de vínculo, adesão terapêutica por parte da clientela, bem como o aumento da credibilidade do serviço (BRASIL, 2004).

Nesse contexto, segundo Ferreira-Filha et al. (2010), a TCI tem dado respostas satisfatórias aos que dela se beneficiam, sendo mais um instrumento de trabalho, que pode ser utilizado pelos profissionais de saúde, áreas afins, e pela própria comunidade, como uma tecnologia leve de cuidado. Pode se dizer que a TCI se constitui numa abordagem facilitadora do autoempoderamento, uma vez que potencializa os recursos individuais e coletivos, na medida em que se apropria das qualidades e forças que já existem em potência nas relações sociais.

Em outro estudo realizado no município de João Pessoa, participaram 22 pessoas das rodas de TCI, sendo 14 usuários do CAPS e 8 familiares que semanalmente acompanhavam os encontros de TCI. Os principais problemas trazidos pelos participantes são oriundos de situações bastante diversificadas, de ordem familiar, financeira, relacionamento pessoal e saúde. As problemáticas trazidas para as rodas de TCI refletem o cotidiano dos usuários do CAPS. Os participantes relatam na sua grande maioria insegurança extrema, no que concerne ao ambiente familiar, pois se sentem desamparados e abandonados, temendo a castigos e internações (FERREIRA-FILHA; CARVALHO, 2010).

Nesse estudo, os principais problemas apresentados nas Rodas de TCI foram:

- Os conflitos familiares;
- Insônia;
- O medo constante das crises, que dificultava o desenvolvimento de suas atividades cotidianas;
- O abandono e rejeição fazendo-os serem vítimas de preconceitos;



Artigo

- Saudade de um ente querido que falecera (muitos associavam seu transtorno a tal perda);
- Preocupações financeiras (alguns usuários colocavam que haviam perdido seu emprego após o estabelecimento de seu quadro psíquico) e
- Tristeza por se sentirem prisioneiros de seus transtornos mentais.

Segundo Carvalho et al (2013), a iniciativa de desenvolver a TCI como um instrumento voltado para usuários do CAPS, visa oferecer oportunidades de redimensionar o sofrimento desses sujeitos e contribuir para efetuar mudanças com vistas à sociabilidade e ao alívio da sobrecarga experimentada pela realidade do sofrimento psíquico e que carecem de práticas efetivas capazes de operar benefícios na vida dessas pessoas.

No estudo, através dos apontamentos acerca de como os participantes lidam com seus sofrimentos, observou-se as seguintes estratégias de enfrentamento:

- Busca de apoio familiar, pois a grande maioria reconhece fortemente o valor de seus familiares e da família em si como um espaço de acolhida e proteção;
- Ter fé em Deus e frequentar a Igreja;
- Buscar ajuda profissional (médicos, psicólogos, etc.), pois muitos argumentam não ter outra forma de apoio, principalmente em se tratando do ambiente familiar onde se sentem excluídos e rejeitados;
- Tentar preencher o tempo com afazeres domésticos;
- Dedicar-se ao lazer (quando lhes era permitido, pois muito se consideravam “escravos” e “prisioneiros” de seu próprio lar);
- Largar o ambiente familiar (quando este era permeado por discórdia e desunião) e
- Recorrer a diferentes alternativas para garantir seu sustento

Identificar transformações na vida dos participantes das rodas de TCI tem uma considerável importância, possibilitando afirmar que a TCI, enquanto tecnologia de cuidado vem contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas a partir do encorajamento e sociabilidade fornecidos para que eles se tornem protagonistas de suas próprias vidas (GUIMARÃES; FERREIRA FILHA, 2006).

Trata-se, portanto, de uma estratégia terapêutica não mais centrada no modelo medicalizado, mas na potencialidade do indivíduo, buscando o equilíbrio mental, físico e



Artigo

espiritual, através de uma abordagem sistêmica, aliada as suas crenças e valores culturais (HOLANDA; DIAS; FERREIRA FILHA, 2007).

Nessa perspectiva, a TCI se evidencia enquanto uma criação multidimensional complexa, que promove a interação entre seus participantes, através da fala, não como gemido ou artifício para lamentações, mas como um grito que ecoa positivamente em todas as esferas de vida do indivíduo (CARVALHO et al. 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conceito de saúde ao longo da história foi inúmeras vezes reformuladas a partir de uma relação com a cultura e povo, reorganizando as ações e políticas públicas de saúde, de acordo com as demandas emergentes do setor público, apresentando nesse contexto mudanças significativas dos paradigmas no modelo de atenção à Saúde Mental, evidenciando ao longo dos últimos anos o processo de substituição do modelo manicomial pela nova proposta da Reforma Psiquiátrica de 2005.

A TCI reflete, principalmente, na qualidade da assistência prestada aos usuários, na formulação de projetos terapêuticos e em toda a rede de assistência integral a saúde mental, fortalecendo as práticas de humanização e operacionalizando uma rede de convívio e solidariedade entre os participantes. Na Estratégia Saúde da Família, a TCI se insere enquanto dispositivo de fortalecimento de vínculos entre equipe e usuários, empoderando os sujeitos acerca de suas potencialidades e corresponsabilizando-os pelo seu processo saúde-doença, desenvolvendo nos trabalhadores a capacidade de autoconhecimento, para que ele possa atuar no campo do trabalho sem escravizar-se, sem alienar-se, tornando-se um mero insumo, no processo de trabalho.

O CAPS constitui-se em espaço de acolhimento, proporcionando uma nova maneira de conviver, permitindo trocas afetivas, estendendo sua rede social e possibilitando experiência na forma compartilhada, no cuidado a ser prestado ao usuário. Enquanto tecnologia leve de cuidado, a TCI utilizada nos CAPS mostra-se potente e eficaz aos sujeitos portadores de transtornos mentais, constituindo enquanto abordagem facilitadora do autoempoderamento, haja vista que potencializa os recursos individuais e coletivos, na medida em que se apropria das qualidades e forças que já existem em potência nas relações sociais, contribuindo ainda com a ampliação da clínica, além de ampliar a percepção dos profissionais para com os seus clientes, garantindo uma maior



Artigo

possibilidade de vínculo, adesão terapêutica por parte da clientela, bem como o aumento da credibilidade do serviço.

Diante disso, a TCI dispara em seus participantes o poder de construir torres simbólicas para se abrigarem e se fortalecerem contra as dores psicológicas, advindas de processos de perdas, disputas, eventos traumáticos, adoecimento, envelhecimento e até por carregarem sentimentos de inutilidade, exclusão social e abandono familiar. Isso revela que a TCI é um instrumento inovador e potente, que desmistifica estruturas desagregadoras e desestimulantes instaladas pelas vias de fatores biológicos, sociais, culturais e promovido por um sistema excludente e capitalista, onde as maiorias das pessoas se encontram inscritas.

Este estudo possibilitou a visão panorâmica dos aspectos positivos apresentados que envolvem a TCI nos espaços da Estratégia Saúde da Família e nos CAPS, a vivência/percepções de trabalhadores que obtiveram formação em TCI, possibilitando um embasamento para ações estratégicas futuras e novas pesquisas na área que visem, entre outros pontos, a continuidade das rodas de TCI, enquanto dispositivo de fortalecimento das ações de prevenção e promoção da saúde junto à população, de modo a evidenciar mecanismos para manutenção das mesmas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

ANDRADE F.B., BEZERRA A.I.C., PONTES A.L.F., FERREIRA-FILHA M.O., VIANNA R.P.T., DIAS M.D., et al. Saúde mental na atenção básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. **Rev. Bras. Enferm.** 2009;62:675-80.

ANDRADE F.B., FERREIRA-FILHA M.O., DIAS M.D., SILVA A.O., COSTA I.C.C., LIMA E.A.R., et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto & Contexto Enferm.** 2010; 19(1):129-36.

BARCELLOS, C.; SABROZA, P.C.; PEITER, P.; ROJAS, L.I. (2002) Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, 11(3): 129-138.



Artigo

BARRETO A.P. Terapia Comunitária passo a passo. Fortaleza: Gráfica LCR; 2008.

BARRETO, A.P.; LAZARTE, R. Uma Introdução à Terapia Comunitária Integrativa: conceito, bases teóricas e método. In: FERREIRA-FILHA, M.O.; LAZARTE, R.; DIAS, M. D. Terapia comunitária integrativa: uma construção coletiva do conhecimento. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2013.

BARROS, M. M. M.; JORGE, M. S. B. Concepções e Práticas de Atenção a Saúde Mental: O Discurso do Sujeito Coletivo. Fortaleza: Ed. Uece, 2011.

BRASIL. Lei no 8.080/90. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>, Acesso em: 03 nov. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>, Acesso em: 17 nov. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1212.pdf>>, Acesso em: 02 nov. 2018.

CARVALHO, M. A.; DIAS, M. D.; MIRANDA, F. A. N.; FERREIRA-FILHA, M. O. Contribuições da Terapia Comunitária Integrativa para usuários dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): do isolamento à sociabilidade libertadora. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 2028-2038, out. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a19v29n10.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2018.



Artigo

CAVALHERI, S. C. O acolhimento e orientação à família. Disponível em: <<http://www.sppc.med.br/mesas/Silvana>>. Acesso em 01/11/2018.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, E. A.; SOUZA, M. F.; Enfermagem, academia e saúde da família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, v.2, n. 4, p. 52-59.

CONTINI, M. L. J. Discutindo o conceito de promoção de saúde no trabalho do psicólogo que atua na educação. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Brasília, vol.20, n.2, junho/2000. Acesso em: 03 de novembro de 2018.

CORDEIRO, R. C.; AZEVEDO, E. B.; SILVA, M. S. S.; et al. Terapia comunitária integrativa na estratégia saúde da família: análise acerca dos depoimentos dos seus participantes. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**. Três Corações, v. 9, n. 2, p. 192-201, 2011. Disponível em: <<http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/150>>. Acesso em: 10 nov 2018.

CUTOLO, L. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Vol. 35, nº. 4, 2006.

DIAS M.O. Um olhar sobre a família na perspectiva sistêmica no processo de comunicação no sistema familiar. **GestDesenvolv**, 2011, v. 19, p. 139-156 Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9176/1/gestaodesenvolvimento19_139.pdf> Acesso em 11 nov. 2018.

DIMENSTEIN, M. O Psicólogo e o Compromisso Social no Contexto da Saúde Coletiva. **Psicologia em Estudo**. Maringá, vol.6, nº.2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08.pdf>>. Acesso em: 22nov. 2018.

FERREIRA-FILHA, M.O.; CARVALHO, M.A.P. A Terapia Comunitária em um Centro de Atenção Psicossocial: (des)atando pontos relevantes. **Rev. GauchaEnferm.**, v.31, n.2, p.232-9, 2010.



Artigo

FERREIRA-FILHA, M.O. et al. A Terapia Comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. **Rev. Eletr. Enferm.**, v.11, n.4, p.964-70, 2009.

FERREIRA-FILHA M.O., GUIMARÃES F.J. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano de seus participantes. **Rev Eletrônica Enferm.** 2006;8(3):404-14.

FERREIRA FILHA MO, DIAS MD, ANDRADE FB, ALVES TT. Terapia comunitária: principais problemas e estratégias de enfrentamento de seus participantes. In: Grandesso M, Barreto MR (Orgs.). *Terapia Comunitária: Tecendo redes para a transformação social, saúde, educação e políticas públicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007: 295-300.

FERREIRA-FILHA MO, CORDEIRO RC, GUERRA CS, MORAES MN, ARARUNA MHM, *Terapia Comunitária e o CAPS promovendo a reinserção social. Relato de experiência*, 2010.

GANONG. L. H; Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health**, 1987.
HOLANDA V.R., DIAS M.D., FERREIRA-FILHA M.O. Contribuições da terapia comunitária para o enfrentamento das inquietações de gestantes. **Rev Eletrônica Enferm.** 2007;9(1):79-92.

JATAI, J. M.; SILVA, L. M. S. Enfermagem e a implantação da Terapia Comunitária Integrativa na Estratégia Saúde da Família: relato de experiência. **Rev. Bras. Enferm.** v. 65, n. 4, p. 691-695, 2012.

LANZONI G. M. M., MEIRELLES B. H. S. Leadership of the nurse: an integrative literature review. **Rev Latino Am Enfermagem.** 2011;19(3):651-8

LAZARTE, R. *Terapia Comunitária: Reflexões*. João Pessoa, 2010. Disponível em <www.abratecom.org.br/publicacoes002-LivrosTerapiaComunitariaReflexoes.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2018.

LEMO, P. M. Psicologia de orientação positiva: uma proposta de intervenção no trabalho com grupos em Saúde Mental. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 233-242.



Artigo

MEIRELLES, B. H. S.; CHIRINOS N. E. C.; Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 599-406.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Out-Dez; 17(4): 758-64.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. **Revista e ampliada**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOULIN, A. M. O corpo diante da medicina. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.;

VIGARELLO, G. História do corpo. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 15-82

PRATTA, E.; SANTOS, M. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol. 25 n. 2, pp. 203-211 Abr-Jun 2009

PEREIRA, I. M. T. B., PENTEADO, R. Z., MARCELO, V. C. Promoção de saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **O mundo da saúde**, ano 24, v.24, n.1, p.39-44, 2000.

RIOS, E. R. G. et al. Senso comum, ciência e filosofia – elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Cien. Saude Colet.**, v. 12, n. 2, p. 501-09, 2007

ROCHA, I. A. da Braga; VIEIRA, L. A.; MEDEIROS, L.; ANDRADE, F. B.; FERREIRA-FILHA, M. O.; DIAS, M. D. et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Rev. bras. enferm.** 2009 Oct; 62(5): 687-694.

STRAUB, R. O. (2005). Introdução à psicologia da saúde. In: R.O. Straub. **Psicologia da saúde**. Trad. Ronaldo Cataldo Costa. Artmed: Porto Alegre.



Temas em Saúde

Volume 19, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

SOUZA, E. de. Reforma Psiquiátrica: um grande desafio. Maringá-Paraná, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v5n1/v5n1a04.pdf>> Acesso em: 01 nov. 2108.

SCLIAR, M. (2007). História do conceito de saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, 17 (1), 29- 41.

SOUZA, A. J. F; MATIAS, G. N., GOMES, K. F. A; PARENTE, A. C. M. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 4, p. 391-395.

SOUZA G. M. L.; SILVA, P. M. C.; AZEVEDO, E. B.; FERREIRA-FILHA M. O.; SILVA, V. C. L ; ESPÍNOLA, L. L. A contribuição da terapia comunitária no processo Saúde-doença. **CogitareEnferm.** 2011; 16(4):682-8



O IMPACTO POSITIVO NA PRODUÇÃO DO CUIDADO E ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL ATRAVÉS
DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

Páginas 193 a 216

Artigo

**A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO
NUTRICIONAL NO PERÍODO DE LACTAÇÃO**

**THE IMPORTANCE OF THE PROMOTION OF ACTIONS OF
NUTRITIONAL EDUCATION IN THE PERIOD OF LACTATION**

Kallyne Sousa Soares¹

Vanessa Meira Cintra²

Débora Gomes de Sousa Araújo³

Larruama Priscylla Fernandes de Vasconcelos⁴

Ana Karla Bezerra da Silva Lima⁵

Jorge Luiz Silva Araújo Filho⁶

RESUMO - A amamentação corresponde a uma das fases mais importantes no ciclo reprodutivo da mulher e sua prática oferece vantagens tanto para a saúde da mãe como para a do recém-nascido. Entretanto, durante o processo do aleitamento materno as nutrizes enfrentam alguns problemas, que se não forem tratados e identificados precocemente podem ser considerados importantes causas de desmame precoce. Assim, o objetivo desse trabalho foi avaliar a importância da promoção de ações de educação nutricional no período de lactação, levando em consideração a relevância do aleitamento materno para o lactante e para a lactante. A amamentação promove inúmeros benefícios ao bebê como diminuição das taxas de morbimortalidade, ajuda no desenvolvimento do

¹ Nutricionista, graduada pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP, e-mail: kallinesousa@hotmail.com;

² Nutricionista, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos – UNISANTOS, e-mail: vmcintra@hotmail.com;

³ Nutricionista, Especialista em Nutrição Clínica e Funcional pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP, e-mail: deboragomesdesousa1994@gmail.com;

⁴ Nutricionista, Especialista em Nutrição Esportiva pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP, e-mail: larruama_priscylla@hotmail.com;

⁵ Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos - UNISANTOS, e-mail: lima.anakarla@gmail.com.

⁶ Doutor em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, e-mail: jorgearaujofilho@gmail.com.



Artigo

sistema cerebral, imunológico e amadurecimento do sistema digestório. Além dos benefícios para o bebê, este também traz benefícios a mãe, como diminuição de problemas que estão relacionados diretamente com a saúde da mulher, como cânceres de ovário e de mama, diminuição de risco de problemas relacionado a fraturas ósseas provocadas por osteoporose e morte por doenças inflamatórias como a artrite reumatoide. Porém, em meio a inúmeros benefícios, o aleitamento pode ser influenciado por diversos fatores, como leite insuficiente, rejeição do seio pela criança, trabalho da mãe fora do lar, “leite fraco”, hospitalização da criança e problemas mamários, levando ao desmame precoce. Dessa forma, a educação nutricional é de suma importância para a manutenção da amamentação, esta pode e deve ser realizada por todos os profissionais da saúde, sendo o nutricionista o profissional de suma importância, e inserida em vários âmbitos da saúde. É necessário envolver também todos participantes na vida da nutriz, assim como tratando de todos os receios e todas as dúvidas desta, garantindo assim a continuidade da amamentação.

Palavras-Chaves: Amamentação; Educação Alimentar e Nutricional; Leite Materno.

ABSTRACT - Breastfeeding corresponds to one of the most important stages in the reproductive cycle of women, and its practice offers advantages both for the health of the mother and for the newborn. However, during the breastfeeding process, nurses face some problems that, if not treated and identified early, can be considered important causes of early weaning. Thus, the objective of this study is to evaluate the importance of promoting nutritional education actions during the lactation period, taking into account the relevance of breastfeeding to the infant and to the infant. Breastfeeding promotes innumerable benefits to the baby as a decrease in morbidity and mortality rates, aid in the development of the brain, immune system and maturation of the digestive system. In addition to the benefits for the baby, this also brings benefits to the mother, such as reducing problems that are directly related to women's health, such as ovarian and breast cancers, decreased risk of problems related to bone fractures caused by osteoporosis and death inflammatory diseases such as rheumatoid arthritis. However, among many benefits, breastfeeding can be influenced by several factors, such as insufficient milk, breast rejection by the child, mother's work outside the home, "weak milk", hospitalization of the child and breast problems, leading to early weaning. Thus, nutritional education is of paramount importance for the maintenance of breastfeeding, this can and should be performed by all



A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NO PERÍODO DE LACTAÇÃO

Páginas 217 a 230

Artigo

health professionals, being the nutritionist the professional of paramount importance, and inserted in several areas of health. It is also necessary to involve all participants in the life of the nurse, as well as addressing all fears and all doubts, thus ensuring the continuity of breastfeeding.

Keywords: Breastfeeding; Food and Nutrition Education; Breast milk.

INTRODUÇÃO

Proteger, promover e apoiar o aleitamento materno (AM) têm sido uma estratégia de relevância mundial no setor de saúde e outros setores sociais para, entre outros esforços, contribuir para o melhoramento da situação de saúde das crianças (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

De acordo com o caderno de atenção básica nº 23 produzido pelo Ministério da Saúde, o aleitamento materno é a estratégia mais importante e eficaz no intermédio para diminuição da morbimortalidade infantil, além de promover um vínculo efetivo entre mãe e filho concomitantemente a proteção e nutrição da criança, além de ser um método econômico e que produz imenso impacto na promoção da saúde do lactante e da lactente (BRASIL, 2015).

O leite materno é um alimento considerado completo por possuir na sua composição todas as proteínas, açúcares, gorduras, vitaminas e água que o recém-nascido precisa para crescer de forma saudável, natural e adequada. Dessa forma, o leite materno deve ser ofertado até os seis meses de forma exclusiva e prorrogado por pelo menos dois anos de idade (MELO; GONÇALVES, 2014).

A amamentação é um procedimento que corresponde a uma das fases mais importantes no ciclo reprodutivo da mulher e sua prática oferece vantagens tanto para a saúde da mãe como para a do recém-nascido. Ao decidir-se amamentar exclusivamente, a mãe está fornecendo ao seu filho tudo o que é essencial para o seu crescimento e desenvolvimento durante essa etapa. Além do fortalecimento do contato afetivo entre mãe e filho, que se inicia no ato da concepção, desenvolve-se durante a gestação e permanece durante a amamentação. (MARTINS; SANTANA, 2013).

O aleitamento materno vai além do ato de nutrir a criança. Constitui uma prática considerada completa, ecológica, econômica, cultural, natural e eficiente de nutrição, trazendo repercussões benéficas para a saúde materna e da criança, refletindo em toda a



Artigo

sociedade. Está inteiramente relacionada com a diminuição do índice de mortalidade infantil, representando parte integral do processo reprodutivo, trazendo grandes implicações para a saúde materna (BRASIL, 2015).

Reforçam-se assim os benefícios do AM quanto às suas propriedades específicas, sendo um alimento completo e essencial, que se adequa às necessidades nutricionais, imunológicas e afetivas da criança durante seu desenvolvimento e crescimento, possibilitando uma proteção única aos lactentes contra diversas doenças que são acometidas no início da vida, além de seus inúmeros benefícios também à nutriz e à sociedade como um todo (ABDALA, 2011).

Entretanto, durante o processo do AM as nutrizes enfrentam alguns problemas, que se não forem tratados e identificados precocemente podem ser considerados importantes causas de desmame precoce (PEREIRA, 2013). Dessa forma, objetivou-se avaliar a importância da promoção de ações de educação nutricional no período de lactação, levando em consideração a relevância do aleitamento materno para o lactante e para a lactente.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica, de caráter descritivo e abordagem qualitativa dos dados. O processo de formulação se deu através de pesquisas nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO); Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS e National Library of Medicine National (PUBMED), tendo como descritores: Amamentação, Educação Alimentar e Nutricional e Leite Materno.

Foram incluídos na pesquisa artigos publicados nos últimos dez anos, dando preferência aos mais atuais, nas línguas portuguesa e inglesa, que tenham como foco a temática central da pesquisa e foram excluídos aqueles que não estavam conforme qualidade e relevância do tema abordado.



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A importância do aleitamento materno para o lactente e para a nutriz

O leite materno é um alimento que atende plenamente aos aspectos de nutrição, condições imunológicas e psicológicas necessárias para que a criança cresça e se desenvolva adequadamente no primeiro ano de vida, sendo o único alimento que possui em sua composição todos os nutrientes em condições ideais de biodisponibilidade, característica esta que, proporciona um processo digestivo condizente aos processos fisiológicos da criança e no melhor aproveitamento dos elementos que o compõem (ABDALA, 2011).

A primeira alimentação que a criança deve receber logo após o nascimento é o leite materno, pois possui fator de proteção imunológica, funcionando como uma primeira vacina. As crianças que são amamentadas ao seio têm menor risco de virem a desenvolver doenças infecciosas e possui fator protetor na redução das doenças do trato gastrointestinal, diarreias, problemas no pulmão, meningite; possui anticorpos, leucócitos que protegem o recém-nascido contra a ação da maioria das bactérias e vírus existentes (MELO; GONCALVES, 2014). No quadro 1 apresenta-se as propriedades imunológicas do leite materno.

Quadro 1. Propriedades Imunológicas do Leite Materno.

Propriedades Imunológicas	Características
Imunoglobulina A (IgA) secretora	Necessária para a impermeabilização antisséptica das mucosas (digestiva, respiratória, urinária)
Lactoferrina	Responsabiliza-se da ação bacteriostática (retirada de ferro)
Lisozima	Exerce ação bactericida (lise das bactérias)
Macrófagos	Atuam no processo da fagocitose (engloba as bactérias);
Fator bífido	Promove resíduo de lactobacilos e produção de ácidos.

Fonte: Rego, 2002.

Salienta-se que, dentre estes componentes, as IgAs realizam papel importante e próprio para proteger o recém-nascido, impossibilitando a adesão de microrganismos à mucosa intestinal dos lactentes. É de grande relevância o consumo do leite humano e, em especial, a ingestão do colostro (líquido produzido após o parto e que é rico em IgAs que protegem a mucosa intestinal do bebê), pois estas imunoglobulinas não estão presentes



Artigo

nas secreções do recém-nascido. A média de concentração de IgAs no colostro atinge cerca de 50 mg/ml contra 2,5 mg/ml presente no sangue de adultos, destacando que, o leite de mães de bebês que nascem prematuros possui valores significativamente mais elevados de IgAs quando comparado com o recém-nascido a termo (VIEIRA; ALMEIDA, 2004).

Bueno (2013) completa que a amamentação é o meio mais eficaz de alimentar a criança nos seus primeiros meses de vida, é adequado para a criança crescer com saúde e para seu desenvolvimento ao longo da vida, uma vez que o leite materno é considerado um alimento natural para os recém-nascidos tendo em vista fornece energia e nutrientes necessários que os bebês necessitam nos primeiros meses de vida e continua fornecendo até a metade do primeiro ano e até um terço durante o segundo ano de vida.

Quanto as vantagens que o AM traz para a mãe podemos citar a prevenção e diminuição de problemas que estão relacionados diretamente com a saúde da mulher, como cânceres de ovário e de mama, diminuição de risco de problemas relacionado a fraturas ósseas provocadas por osteoporose e morte por doenças inflamatórias como a artrite reumatoide. Ainda como benefício para a mãe, a amamentação materna exclusiva contribui para o retorno mais rápido da forma física, como também do útero ao seu tamanho normal, diminuindo sangramento, e minimiza as chances de desencadear anemia em consequência do sangramento que ocorre pós-parto (NASCIMENTO, 2011; OLIVEIRA, 2011; COSTA et al., 2013).

Na visão de Silva, Souza e Flumian, (2016):

A amamentação é a melhor forma de alimentar uma criança pequena e as autoridades de saúde recomendam sua implementação por meio de políticas e ações que previnam o desmame precoce. A adequação e os benefícios do leite materno estendem-se também para as crianças prematuras, de baixo peso e àquelas que necessitam de internação em unidades de cuidados neonatais.

Além de que, no que tange o âmbito social, o AM tem papel importante na diminuição do número de mortes que acontecem na infância, reduzindo episódios de doenças infecciosas sérias que acometem os neonatos devido à imaturidade do sistema imunológico (NASCIMENTO, 2011; OLIVEIRA, 2011; COSTA et al., 2013).



Artigo

Dificuldades enfrentadas pelas lactentes durante o aleitamento materno

A decisão de amamentar da mulher está diretamente ligada à sua trajetória de vida e a importância que ela atribui a esta prática. Dessa maneira, essa opção pessoal pode ser influenciada por sentimentos emotivos, no aspecto social, cultural e econômico desse indivíduo. É importante o papel dos profissionais de saúde para a prevenção e manejo dessas dificuldades encontradas (PEREIRA, 2013).

A mulher na gestação fica susceptível a uma constante variação de sentimentos e mudanças, que vai desde o momento da concepção até após o nascimento da criança. Nesse aspecto, a gestação pode provocar na mulher medos, inseguranças e temores, criando também uma série de sentimentos de felicidade, realizações, satisfação e de bem-estar. Estes sentimentos podem surgir de forma predominante e estão associados à sua realidade sociocultural, às relações afetivas entre pessoas e familiares e à situação econômica que se encontra, podendo interferir diretamente no vínculo com o bebê, inclusive no processo de lactação (GOMES et al., 2012; SANTANA; BRITO; SANTOS, 2013).

O estudo realizado por Silva, Santiago, Lamonler (2012) menciona que a prática da amamentação é para muitas mulheres considerada uma prática difícil de ser desempenhada, enfatizada pela ansiedade referida como “perda de tempo”, sendo imprescindível que a família e profissionais da área da saúde, como também a figura do pai, esse devendo dispor de ajuda integral à saúde da esposa e da criança, possam apoiá-la e ajudá-la nesse processo.

Entre os fatores que tornam difícil a iniciação da amamentação ou que levam à sua interrupção sobressaem-se os que são relativos à mãe, somados à cultura. No que se refere à mãe, destaca-se a sua intenção e confiança em se sentir capaz de amamentar. Em razão da ampla variedade de fatores de natureza social e cultural influentes nesse comportamento, a tomada de decisão sobre a amamentação nem sempre é vivenciada de forma tranquila pelas mulheres, e se manifesta ainda no período gestacional (MOREIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2013)

Outros problemas podem estar relacionados com a existência de dificuldade de amamentar, entre eles podem ser mencionados a fissura ou rachadura da mama. Este problema é ocasionado devido à má pega ou à posição errada durante as mamadas, podendo ser evitado mantendo a área do bico e auréola limpas e secas (OLIVEIRA, 2011).



Artigo

A mastite é um processo inflamatório da mama, podendo ser ou não acompanhada de infecção, normalmente provocada por fissuras, retenção do leite, esvaziamento das mamas incompleto, longos intervalos entre as mamadas, desmame inesperado, gerando mal-estar, febre e calafrios. A mastite provoca muita dor, ingurgitamento, vermelhidão localizada e quando tratada de forma errada pode levar ao abscesso mamário, o que irá afetar negativamente a amamentação (OLIVEIRA, 2011).

De acordo com Bueno (2013) em sua pesquisa sobre a importância da oferta do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, percebeu-se que a fissura ou rachadura da mama são problemas que dificultam a amamentação, sendo provocados devido ao mal posicionamento ou pega errada do bebê durante a amamentação, podendo ser evitado mantendo uma higienização adequada das mamas, usando técnicas adequadas de posicionando do bebê para amamentar, evitando assim as fissuras.

Outro fator importante que leva ao desmame precoce é a grande influência da propaganda de leites infantis modificados ou fórmulas, leite integral, farinhas e cereais que são vinculadas na mídia. Vários outros fatores podem influenciar positivamente ou negativamente para que o AM tenha sucesso. Dentre eles, alguns fatores estão relacionados à mãe, como a sua personalidade e seu comportamento frente à circunstância de amamentar, outros se atribuem à criança e ao ambiente, como, por exemplo, as suas condições de nascimento e o período pós-parto, como também pode-se mencionar fatores circunstanciais como trabalho da mãe e hábitos de vida (NICK, 2011).

Muitas vezes a amamentação é interrompida apesar do desejo da mãe em amamentar. Os motivos mais frequentes para o desmame precoce são: leite insuficiente, rejeição do seio pela criança, trabalho da mãe fora do lar, “leite fraco”, hospitalização da criança e problemas mamários. Entretanto, muitos desses problemas podem ser evitados ou manejados para que não haja prejuízos para a saúde da criança e da mãe (BRASIL, 2014).

Existem vários fatores que evidenciam a baixa frequência da prática do AM. Um dos fatores é a dificuldade do acesso aos serviços especializados, com profissionais competentes e qualificados para atendimento da mãe e seu filho nesta fase da vida, após a alta hospitalar (LELIS, 2012).

É importante destacar que as mães muitas vezes recebem informações relacionadas a importância que AM proporciona para a saúde do bebê e da mãe, sobre técnicas de amamentação, prevenção e tratamento de problemas mamários. Porém, ao se depararem com essas situações no retorno para casa, se tornam susceptíveis ao desmame precoce devido à falta de experiência e até mesmo a impaciência (RAIMUNDI, 2015).



Artigo

Considerando que antes de ser mãe a mulher tem perspectivas e planos para o futuro, o AM de certa forma irá interferir em sua vida pessoal, profissional, familiar e em sua vida em sociedade, pensando assim deve-se considerar os riscos e os benefícios da amamentação e assim escolher pela melhor forma de alimentar o bebê (SILVA; CHEMIN; MURA, 2011).

A importância da educação alimentar e nutricional

O Ministério da Saúde (MS) ressalta a importância do envolvimento e participação de toda sociedade, até mesmo de empresas para auxiliar na promoção da prática do aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de vida, adotando medidas com o apoio de salas exclusivamente para amamentação, capacitação para profissionais da área da saúde e ressalta o esforço do MS em conservar e beneficiar a cultura de aleitamento materno presente em toda a sociedade, e refere que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) no escopo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e toda a rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) sejam envolvidos permanentemente na realização de campanhas, ações e orientações às mães para o aleitamento materno (BRASIL, 2014).

As ações de educação nutricional devem ser feitas através de orientações e estratégias educativas durante os períodos pré e pós-natal realizada por equipe multidisciplinar de saúde beneficiando a mãe, a criança e a família (SILVA et al., 2017).

Não basta apenas as gestantes, nutrizes terem conhecimento sobre os benefícios da amamentação é preciso que elas tenham orientações quanto a prevenção e o manejo dos principais problemas decorrentes da lactação, ingurgitamento mamário, traumas mamilares, mastites e outros, que são fontes de sofrimento para a mãe ao amamentar, e pode levar ao desmame precoce (SANTANA et al., 2016).

Nesse cenário de educação nutricional na promoção do aleitamento materno, o profissional nutricionista tem grande importância, orientando as mães quanto a prática e técnica correta do aleitamento, incentivando a amamentação exclusiva e a não oferecer chupetas aos recém-nascidos amamentados, sobre substâncias ingeridas pela mãe que passam para o leite, e conseqüentemente para o lactente e ainda sobre o desmame e as técnicas corretas da alimentação complementar (SANTANA et al., 2016).

É fundamental o apoio dos serviços e profissionais de saúde para que a amamentação seja exercida com êxito. As orientações passadas a puérpera influenciam



Artigo

de forma positiva no início da amamentação, por essa razão, no decorrer das ações educativas direcionadas à lactante, deve-se destacar a importância do aleitamento materno ofertado exclusivamente até os seis meses, orientando sobre os benefícios da amamentação tanto para a mãe quanto para a criança, sobre o tempo aconselhável de AM, consequências que o desmame precoce pode provocar, técnicas de amamentação, problemas e dificuldades no decorrer do processo. Tudo isso é importante na sua decisão de amamentar (REAL et al., 2013).

Para isso reforça-se o uso da EAN, sendo ela reconhecida como uma estratégia que promove e protege a saúde através da criação de práticas e de hábitos saudáveis. São ações que envolvem indivíduos em todos os ciclos da vida, grupos populacionais e comunidades, levando em conta as interações e significados que compõem o comportamento alimentar (BRASIL, 2012).

O propósito da EAN é colaborar para colocar em prática o direito humano à uma alimentação adequada e garantia da SAN, o reconhecimento da importância da cultura alimentar, o desenvolvimento sustentável e a criação de autonomia para que as pessoas, grupos e a comunidade como um todo sejam capazes de aderir a uma alimentação mais saudáveis e a melhores hábitos de vida. A EAN é tida como processo de diálogo que envolve profissionais de saúde e os indivíduos, visando à autossuficiência e ao autocuidado (BRASIL, 2012).

As ações educacionais e pedagógicas usadas em EAN devem dar prioridade aos processos ativos, que agregam os saberes e práticas populares, interpretando as situações de acordo com o contexto das realidades dos indivíduos, suas famílias e grupos e que torne possível associação permanente entre a teoria e a prática. Neste seguimento, a EAN deve tornar mais ampla a sua abordagem para além da propagação de saberes e possibilitar a geração de situações de reflexão sobre as situações vividas no cotidiano, buscando soluções e mecanismos alternativos (BRASIL, 2012).

Por fim, Santos (2014) acredita que ações de EAN vem sido classificada como um importante instrumento de promoção da saúde de diversos públicos, sendo assim, uma forma de enfrentamento aos desafios e adversidades no âmbito da saúde.

CONCLUSÃO

O aleitamento materno é fundamental e traz inúmeros benefícios na vida do lactente e da nutriz, porém pode ser influenciado por diversos fatores, levando ao



Artigo

desmame precoce. Sendo assim, a educação nutricional é de suma importância para a manutenção da amamentação, esta pode e deve ser realizada por todos os profissionais da saúde, e inserida em vários âmbitos da saúde. É necessário envolver também todos participantes na vida da nutriz, assim como tratando de todos os receios e todas as dúvidas desta, garantindo assim a continuidade da amamentação.

REFERÊNCIAS

ABDALA, M. A. P. **Aleitamento materno como programa de ação de saúde preventiva no Programa Saúde da Família**. 2011. 57f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. – Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

BRASIL, Portal. **Ministério da Saúde lança Campanha Nacional de Amamentação 2014**. 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/08/ministerio-da-saude-lanca-campanha-nacional-de-amamentacao-2014>>. Acesso em: 07 maio 2017.

BRASIL. Saúde da criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Ministério da Saúde: **Cadernos de Atenção Básica**, n.23, 2ª edição, Brasília – DF, 2015.

BUENO, K. C. V. N. **A importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade para a promoção de saúde da mãe e do bebê**. 2013. 28 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2013.

COSTA, A. A. et al. Evidências das intervenções na prevenção do trauma mamilar na amamentação: revisão integrativa. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 788-99. Rio de Janeiro, 2013.



Artigo

GOMES, LM.X. et al. A percepção das puérperas diante do ato de amamentar logo após o parto. *Efdeportes.com*, Revista Digital, v. 169. Buenos Aires, 2012.

LELIS, L.S.C. Aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade: avanços e desafios. 2012. 43f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, 2012.

MARTINS, M.Z.O; SANTANA, L.S. Benefícios da amamentação para saúde materna. *Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente*, v.1, n.3, p.87-97. Aracaju, 2013.

MELO, C.S; GONÇALVES, R.M. Aleitamento materno versus aleitamento artificial. *Revista Estudos*: v.41, n.1, p.7-14, Goiânia, 2014.

MOREIRA, M.A.; NASCIMENTO, E.R.; PAIVA, M.S. Representações sociais de mulheres de três gerações sobre práticas de amamentação. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, v. 22, n. 2, p.432-441. Florianópolis, 2013.

NASCIMENTO, P.F.S. Aleitamento materno: fator contribuinte na prevenção do câncer de mama. 2011. 20f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Formiga, 2011.

NICK, M.S. A importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida para a promoção da saúde da criança. 2011. 32 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

OLIVEIRA, K.A; OLIVEIRA, E.P. Aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do bebê: benefícios, dificuldades e intervenções na Atenção Primária à Saúde. 2011. 22f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, 2011.

PEREIRA, A.L.T. Os benefícios da amamentação. 2013. 73 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina Dentária, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2013.



Artigo

RAIMUNDI, D.M. et al. Conhecimento de gestantes sobre aleitamento materno durante acompanhamento pré-natal em serviços de saúde em Cuiabá. **Saúde (Santa Maria)**: v.41, n.2, p.225-232. Santa Maria, 2015.

REAL, A.A. et al. 2012. 1 v. **Papel da fisioterapia na promoção do aleitamento materno**. 2013. Tese (Doutorado em Fisioterapia) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

REGO, J.D. Aleitamento materno: um guia para pais e familiares. **Atheneu**: 2ª edição, 2002.

SANTANA, J.M; BRITO, S.M.; SANTOS, D.B. Amamentação: conhecimento e pratica de gestantes. **O mundo da Saúde**:v. 37, n. 3, p.259-267. São Paulo, 2013.

SANTANA, D.M. et al. Promoção ao aleitamento materno exclusivo em uma estratégia de saúde da família. **Revista conexão eletrônica**, v.13, n.1, p.1-14. Três Lagoas, 2016.

SANTOS, P, V. Desmame precoce em crianças atendidas na estratégia saúde da família. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v. 20, n. 5, p.43-90. Teresina, 2014.

SILVA, S. M; CHEMIN, S; MURA, J. D. P. **Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterápica**. 2º edição. São Paulo-SP: Editora roca LTDA, 2011.

SILVA, B.T; SANTIAGO, L.B; LAMONLER, J.A. Apoio paterno ao aleitamento materno: uma revisão integrativa. **Revista Paulista de Pediatria**. v. 30, n. 1, p.122-130. São Paulo, 2012.

SILVA, B. T. M; SOUZA, L. C. S; FLUMIAN, R. P. Importância do Aleitamento Materno. **Revista Conexão Eletrônica**, v.13, n. 01. Três Lagoas, 2016.

SILVA, C.M. et al. Práticas educativas segundo os “Dez passos para o sucesso do Aleitamento materno” em um Banco de Leite Humano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.5, p. 1661-1671. Rio de Janeiro, 2017.



Temas em Saúde

Volume 19, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

SOUZA, H, D, N, S; MELO, F, D; AYRES, M, C, R, J. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1186-1194. Rio de Janeiro, 2013.

VIEIRA, G.O; ALMEIDA, J.A.G. Leite Materno como fator de proteção contra as doenças do trato digestivo. **Urgências Clínicas e Cirúrgicas em Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas**: Guanabara Koogan, 2004.



A IMPORTÂNCIA DA PROMOÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NO PERÍODO DE
LACTAÇÃO

Páginas 217 a 230

Artigo

**A IMPORTÂNCIA DA INCLUSÃO DA FAMÍLIA NO TRATAMENTO DO
USUÁRIO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL**

**THE IMPORTANCE OF INCLUSION OF THE FAMILY IN THE
TREATMENT OF THE USER AT THE PSYCHOSOCIAL CARE CENTER**

Gabriela Maria Ferreira Pessoa¹

Samira Alves Braga²

Maura Vanessa Silva Sobreira³

Edjane Leite Santos⁴

Alexsandra Layani Faustino de Andrade⁵

Adriana Maria Macêdo de Almeida Tofóli⁶

RESUMO - Objetivo: Compreender a importância da inclusão da família no tratamento do usuário no Centro de Atenção Psicossocial. **Metodologia:** Este estudo consistiu em uma revisão de literatura, utilizando como bases de dados o MEDLINE, LILACS e SciELO. **Resultados:** Os documentos encontrados discorreram sobre a reflexão e a compreensão da importância da inclusão da família no tratamento de usuários do Centro de Atenção Psicossocial. **Conclusão:** Este estudo permitiu compreender a importância da família junto aos serviços substitutivos no tratamento dos indivíduos em sofrimento mental, possibilitando que a família quando engajada no cuidado ao usuário do Centro de

¹Assistente Social, especialista em Saúde Mental, e-mail: andessonbr@hotmail.com;

²Enfermeira assistencial na Unidade de Pronto Atendimento – UPA em Cajazeiras, PB, Brasil, pós-graduanda em Saúde Coletiva, Saúde da Família e Saúde Pública pela FSM, e-mail: saamirabraga@hotmail.com.;

³Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de SP, Mestre em Enfermagem- UFRN, Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Docente na Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, PB, Brasil. E-mail: mauravsobreira2@gmail.com;

⁴Mestranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC, especialista em Processos Educacionais pelo Instituto Sírio Libanês. São Paulo, e-mail: edjane_leite@hotmail.com;

⁵Enfermeira, especialista em Saúde Coletiva pela FSM, e-mail: lalinhaenf@hotmail.com;

⁶ Nutricionista, especialista em Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação na Educação em Saúde Coletiva, e-mail: dricamacedotofoli@gmail.com.



Artigo

Atenção Psicossocial possibilita melhora do quadro, maior participação do usuário nas atividades destinadas para fins terapêuticos e mais aceitação par o tratamento em saúde mental.

Palavras-chave: Saúde Mental; Assistência à Saúde Mental; Família.

ABSTRACT - Objective understand the importance of family inclusion in the treatment of the user in the Psychosocial Care Center. **Methodology:** This study consisted of a literature review, using MEDLINE, LILACS and SciELO as databases. **Results:** The researches found on the reflection and the understanding of the importance of family inclusion in the treatment of Psychosocial Care Center users. **Conclusion:** This study allowed us to understand the importance of the family to substitutive services in the treatment of mentally ill individuals, enabling the family, when engaged in care to the Psychosocial Care Center user, to improve the situation, increase the user's participation in therapeutic activities and more acceptance for treatment in mental health.

Keywords: Mental Health; Mental Health Care; Family.

INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde –OMS, cerca de 400 milhões de pessoas no mundo sofrem de algum tipo de transtorno neuropsiquiátrico, como transtornos mentais ou neurobiológicos, ou ainda problemas psicossociais como os relacionados como uso abusivo de álcool e outras drogas. O sofrimento psíquico para a sociedade exibe uma ideia de incapacidade e improdutividade, causando vergonha em familiares e pessoas próximas com relação à condição de sujeito que sofre (FIGUEIREIDO; DELEVATI; TAVARES, 2014).

A Reforma Psiquiátrica, desde a sua concepção teve como foco as intervenções baseadas em novos paradigmas e conceitos, onde se dá mais embasamento às intervenções que foquem em atividades que envolvem as equipes multi e interdisciplinares e a mudança do conceito e da visão da loucura como algo marginalizado, excluindo a antiga ideia que a pessoa em sofrimento psíquico, deve ficar



Artigo

trancado, afastado do convívio social em hospitais antes conhecidos como manicômios (SANTIN; KLAFKE, 2011).

A loucura em um conceito bem antigo estava ligada à marginalidade, às internações como maneira de excluir, à visão diabólica do sujeito em sofrimento, ao choque elétrico como tratamento e principalmente o afastamento da família. Com a Reforma Psiquiátrica, todos os modelos antigos de tratamento à pessoa em sofrimento mental foram redefinidos, baseado numa nova proposta de assistência voltada para a qualidade da assistência do sujeito e da família. A Reforma Psiquiátrica possibilitou o provimento da lei de proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, com crítica no modelo hospitalocêntrico (AMARANTE, 1994).

A partir do ano 2001 a luta pela saúde mental no Brasil foi se tornando mais intensa, proporcionando novas orientações, principalmente discursivas, sendo os serviços substitutivos como o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS o marco dos avanços da reforma. O CAPS tem emergido como principal estratégia para a transformação do modelo asilar, garantindo os direitos do usuário oferecendo um serviço que se diferencia das estruturas antes tradicionais e que se oriente pela ampliação do espaço de participação social do sujeito que sofre, pela democratização das ações, pela não segregação do adoecimento psíquico e pela valorização da subjetividade, com base nas ações multiprofissionais. Assim, entendemos que o CAPS se configura como serviço de referência e de tratamento a pessoas que sofrem de transtornos mentais severos e persistentes, os quais justificam a permanência do paciente em um lugar de atendimento intensivo, comunitário personalizado e promotora de saúde (LEAL; ANTONI, 2013).

É imprescindível entender que a Reforma Psiquiátrica e os serviços substitutivos devem contar com a participação primordial da família, assumindo um espaço maior em detrimento da sociedade. A relação da família com o indivíduo em sofrimento mental deve ser construída tendo em vista o acolhimento sem limites relacionados a preconceito, respeitando o indivíduo, a família e o sofrimento de ambos. É importante, nesse contexto entender que a família é tida como o lugar de possível convivência do portador de transtorno mental, provedora de cuidado, necessitando de auxílio de serviços de saúde mental. Assim, o cuidado em saúde mental a parti da Reforma Psiquiátrica é partilhado entre família e serviços de saúde (SANTIN; KLAFKE, 2011).

O interesse em pesquisar sobre o tema em questão surgiu mediante a afinidade por parte da pesquisadora pela área de saúde mental, com ênfase na participação familiar no processo de cuidar. Sendo o seu objetivo central entender a importância da inclusão da família no tratamento do usuário no Centro de Atenção Psicossocial. O mesmo poderá vir



Artigo

a contribuir socialmente, pois abordará um assunto relacionado à importância da participação familiar no cuidado ao indivíduo em sofrimento psíquico, além de servi como parâmetro para que muitos profissionais e serviços busquem incentivar a participação familiar no processo de cuidar, norteando a necessidade de estimular a inserção da família no cotidiano do indivíduo em sofrimento mental. Cientificamente falando, este estudo poderá vir a contribuir para novas publicações sobre o tema contribuindo para cada vez mais melhoria dos serviços voltados aos indivíduos em sofrimento mental.

Sob essa perspectiva, este estudo teve como objetivo geral - Compreender a importância da inclusão da família no tratamento do usuário no Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Teve como objetivos específicos: Descrever as características da família, necessárias a sua inclusão no tratamento do usuário do CAPS; Pontuar fatores relacionados à inclusão da família na melhora do tratamento do usuário do CAPS; Discutir os aspectos da relação usuário-serviços-família.

METODOLOGIA

Este estudo diz respeito a uma revisão de literatura, de cunho descritiva. A revisão de literatura se caracteriza pela análise de pesquisas relevantes que dão amparo para a tomada de decisão possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de identificar lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas com a realização de novos estudos (LAKATOS, 2009).

Para a construção deste trabalho, foram seguidas seis etapas. Na primeira etapa, houve a escolha do tema e da questão norteadora. Esta etapa é a mais importante, pois norteia a construção da revisão de forma bem elaborada. Na segunda etapa, foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão. A etapa seguinte permitiu a extração das informações e resultados relevantes. Na quarta etapa houve a leitura e análise de forma crítica e sistemática dos estudos. Nas etapas finais houve a finalização com a interpretação e discussão dos resultados e posteriormente apresentada uma síntese do conhecimento adquirido.

A amostragem levantada para dar suporte a este trabalho de revisão, teve como foco a literatura acadêmica especializada da área, sendo esta pesquisa caracterizada por um recorte atemporal, tendo como bases os dados da *National Library of Medicine, Estados Unidos da América* - MEDLINE e *Literatura Latino-americana e do Caribe em*



Artigo

Ciências da Saúde - LILACS e Scientific Eletronic Library - SciELO. Os descritores utilizados e controlados foram: saúde mental, assistência à saúde mental, família.

No primeiro filtro foram encontrados para análise e discussão dos dados 23 artigos, sendo que no final da leitura criteriosa e baseado no objetivo desta pesquisa, apenas 08 artigos dizem respeito aos principais resultados que corroboram sobre a importância da inclusão da família no tratamento do usuário no Centro de Atenção Psicossocial.

Os resultados foram analisados e apresentados a partir de tabela, distribuída respectivamente com intuito de classificar os artigos analisados, destacando como resultados a importância da inclusão da família no tratamento do usuário no Centro de Atenção Psicossocial. Os critérios de inclusão serão: artigos com texto completo, em português, entre 2009 a 2017, que correspondem aos anos com recentes pesquisas. Os critérios de exclusão serão: artigos repetidos entre as bases de dados, que não versassem sobre a temática ou não corroborem com os objetivos da pesquisa e em outras línguas.

RESULTADOS

As pesquisas encontradas discorrem sobre a reflexão e a compreensão da importância da inclusão da família no tratamento do usuário no Centro de Atenção Psicossocial, evidenciando a importância a participação familiar no contexto do cuidado em saúde mental. A quadro 1 mostra as bases de dados em que os artigos foram encontrados, descrevendo de forma sistemática a apresentação dos artigos utilizados, no que diz respeito a: título, periódico, autor, ano e resultado das pesquisas.



Artigo

Quadro 1. Distribuição dos artigos, quanto o título, periódico, autor, ano e resultados.

TÍTULO	PERIÓDICO	AUTOR	ANO	RESULTADOS
A família no contexto da Reforma Psiquiátrica	Revista Internacional de história e política e cultura jurídica	PORTO, F. F. A.; REZENDE, M. M.; GOMES, M. B.	2016	O estudo demonstrou que as rupturas nas relações familiares e do cotidiano decorrentes de reinternações hospitalares, podem intensificar sintomas psicóticos, acionando e enrijecendo defesas psíquicas primitivas como o isolamento e dificultando, portanto, o reestabelecimento dos laços afetivos e sociais no retorno ao convívio familiar. Sendo assim, a família é considerada importante para a terapêutica do paciente e possibilidade de melhora de seu quadro.
Participação da família no tratamento dos usuários do centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas	Revista Bras. Pesq. Saúde.	SILVA, B. L. C. et al.	2012	A família continua sendo a base de todo ser humano, fundamentando os processos essenciais do desenvolvimento psíquico do sujeito. Dessa maneira, é importante incluir a família no campo da saúde mental, como forma de resgatar os vínculos afetivos.



Artigo

A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão	Revista eletrônica de Enfermagem	MIELKE, F. B. et al.	2010	A família é considerada objeto de cuidado do indivíduo em sofrimento psíquico, necessitando que os serviços substitutivos dêem maior atenção a inclusão da família no processo de cuidado, na reconstrução da vida e na inserção do convívio social.
A inserção da família nos centros de atenção psicossocial Sob a ótica de seus atores sociais	Texto & Contexto	BIELEMANN, V. L. M. et al	2009	O estudo demonstrou que a família contribui com o processo terapêutico, devendo assim ser considerado sujeito da ação, e não, um simples receptáculo de informações, passivo e inerte, sendo necessário inclui-la no processo terapêutico, uma vez que isso estimula o indivíduo que sofre ao progredir no tratamento.
A influência da inclusão da família no processo terapêutico de pacientes com transtornos mentais atendidos pelo centro de	Texto & Contexto	RODRIGUES, A.PALMA, D. L.	2015	Os resultados apontam que o acompanhamento e inclusão da família no processo terapêutico dos pacientes com transtorno mental, proporcionam melhora e facilidade na remissão dos sintomas dos usuários



Artigo

atenção
psicossocial em
uma cidade do
meio-oeste
catarinense

Reforma Psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a “parceria” da família: o discurso do distanciamento	Interface	PINHO, L. B.; HERNANDEZ, A.M. B.; KANTORSKI, L. P.	2010	É importante a busca da inclusão familiar uma vez que este estudo demonstrou ser a família importante para proporcionar melhora do quadro terapêutico.
A família e o cuidado em saúde mental	BARBARÓI	SANTIN, G.; KLAFKE, T. E.	2011	Os serviços que se pautam pela reforma psiquiátrica, ainda é emergente, especialmente no que se refere ao segmento família, uma vez que esta é fundamental no processo terapêutico do indivíduo em sofrimento psíquico.
A representação social de familiares nos centros de Atenção psicossocial	Escol. Anna Nery	MIRANDA, F. A. N.	2011	A inclusão de familiares no tratamento do usuário do CAPS favorece melhoras substanciais nas condições de vida e de saúde, dentro e fora do lar.

Muitos estudos apontam frente a antigos conceitos, que a pessoa em sofrimento psíquico necessitava de internamento e exclusão social e familiar, trazendo nessa concepção ideia de alívio para a família ao mesmo tempo que gerava sofrimento



Artigo

relacionado ao afastamento e quebra no vínculo afetivo. Sendo por muito tempo essa tese defendida e até hoje entendida como necessária por parte da maioria dos familiares. Porém, com as bases da reforma psiquiátrica, frente a novos conceitos entende-se que os serviços substitutivos, juntamente com a participação familiar podem ser um elo que viabiliza a um tratamento mais humanizado com boas possibilidades terapêuticas e que permite a reinserção social do usuário do CAPS sem quebra de vínculo afetivo (PORTO; REZENDE; GOMES, 2016).

As famílias são diretamente afetadas quando se fala em sofrimento mental, uma vez que convivem diretamente com o indivíduo. Nesse contexto é importante que tanto o usuário quanto à família seja trabalhado no tocante a necessidade da relação CAPS-família-usuário, tendo em vista que a maioria das pessoas desconhecem a orientação das novas metodologias com fins terapêuticos, considerando a internação como última alternativa (SILVA, et al.,2012).

A participação da família no cuidado ao usuário do CAPS, requer nova organização familiar e também a aquisição de habilidades, que no primeiro momento pode levar a desestruturação da família. Nesse momento, é necessário que os serviços substitutivos tenham disposição para acolher e ouvir as necessidades da família, ofertando suporte necessário para que haja uma reestruturação, possibilitando a participação familiar em todo processo terapêutico (MIELKE et al.,2010).

A participação dos familiares em grupos terapêuticos, o atendimento individual e suporte a membros da família, as oficinas terapêuticas desenvolvidas dentro dos serviços, além das visitas domiciliares e a busca ativa de familiares e indivíduos em sofrimento psíquico são ferramentas primordiais que já demonstram resultados positivos na busca da melhor qualidade de vida do usuário. É notório que quando se inclui a família no tratamento do usuário, o processo terapêutico por si só acaba surtindo melhor efeito, tendo em vista que este sente-se acolhido dentro e fora de casa (BIELEMANN, et al., 2009).

Como estratégia de inserir a família enquanto objeto de cuidado na atenção psicossocial, as tecnologias relacionadas tornam-se importante, pois envolve corresponsabilização, acolhimento, escuta, vínculo, automação, relação interpessoal, reconstrução da organização do trabalho e da família. É importante entender que a família é um aliado no processo de reabilitação psicossocial do usuário, uma vez que essa reabilitação associada ao protagonismo da família vai facilitar a reinserção social do usuário, a promoção da saúde do núcleo familiar considerando as dimensões pessoais, biológicas, sociais e políticas que envolve o cotidiano da vida (MIRANDA, 2011).



Artigo

O CAPS a parti das ações digeridas promove a inserção do usuário no seu grupo familiar e na comunidade, demonstrando na maioria dos artigos analisados o sucesso terapêutico baseado nessa tese, onde segundo Bielemann (2009), o usuário do CAPS acompanhado pela família expõe em sua maioria melhor disposição ao tratamento, melhor adesão as atividades propostas pelo serviço, menos episódios de crise e maior interesse relacionado ao autocuidado, demonstrando maior confiança e segurança ao logo do tratamento dentro e fora dos serviços substitutivos.

Também segundo Miranda (2011), a família deve ser considerada como unidade cuidadora e de cuidado, onde os membros interagem, identificando problemas de saúde e apoiando-se mutualmente na busca da resolução dos casos. Assim a participação da família não pode se limitar a momentos predeterminados, considerando que a experiência familiar com o processo de adoecimento permite que estes participem efetivamente de todos os momentos que envolva o cuidado em saúde.

Na pesquisa de Rodrigues e Palma (2015), os resultados apontaram que o acompanhamento e a inclusão da família no processo terapêutico dos usuários do CAPS, facilitam a regressão dos sintomas clínicos, além de melhorar consideravelmente as relações interpessoais assim como incentivar o interesse dos usuários nas atividades desenvolvidas pelo CAPS. Assim como corrobora Pinho, Hernandez; Kantorski (2010). A família é a célula-mestra da sociedade contemporânea, atuando não somente na constituição individual do ser humano, como também na proteção e socialização de seus membros, sendo que é indiscutível afirmar que a família é ferramenta importante no tratamento ao usuário do CAPS, devendo ser incluída no cuidado compartilhado e no apoio psicossocial.

É importante, no entanto também ser discutido como discorre Santin, Klefke (2011), o fato de a família ser lembrada como coparticipe do tratamento no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, sem, no entanto atribuir a única responsabilização a ela e nem tão pouco considerar a família como a “fórmula mágica” e única para a melhora do quadro do usuário. É preciso repensar, no cotidiano da prática, sobre as estratégias de negociação com as famílias, para evitar que a parceria se transforme em responsabilização, assim como a contratualidade se transforme em culpabilização.



Artigo

CONCLUSÕES

A inserção da família é um elemento indispensável para fortalecer o movimento da Reforma Psiquiátrica, quando se volta à atenção para o redimensionamento da assistência em saúde mental. A reabilitação não se limita apenas a utilização de fármacos e eventuais intervenções, mas entende-se a ações e procedimentos que visem à reintegração familiar, social e profissional, bem como a melhoria na qualidade de vida do usuário do CAPS e da família.

Entende-se que a família é essencial na vida de qualquer indivíduo, sendo referência, suporte e apoio, independentemente da condição de saúde. Sobretudo nas pessoas em sofrimento mental, a família assume o papel de cuidadora, visando auxiliar no tratamento, no enfrentamento de obstáculos surgidos com a doença, na reinserção social e na qualidade de vida desse indivíduo. Existe uma necessidade evidente de uma assistência efetiva direcionada à família cuidadora da pessoa em sofrimento mental. Baseada em estratégias relacionais, acolhimento, escuta, que promovam a interação desses familiares com os serviços de saúde. Para que assim, estereótipos sejam desconstruídos, possuindo conhecimento abrangente sobre o diagnóstico e tratamento, auxiliando os familiares para o enfrentamento da doença, diminuindo as sobrecargas e sentimentos prejudiciais que surgem com a convivência diária na dinâmica família.

Este estudo permitiu compreender a importância da família junto aos serviços substitutivos no tratamento dos indivíduos em sofrimento mental, possibilitando entender que a partir dos argumentos aqui descritos que é notório que a família quando engajada no cuidado ao usuário do CAPS possibilita melhora do quadro, maior participação do usuário nas atividades destinadas para fins terapêuticos e mais aceitação para o tratamento em saúde mental.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1994.

BIELEMANN, M. et al. A inserção da família nos Centros de Atenção Psicossocial sob a ótica de seus atores sociais. **Texto & Contexto Enfermagem**. V. 18, n. 1, p. 131-139, 2009.



Artigo

FIGUEIREDO, M. L. R.; DELEVATI, D. M.; TAVARES, M. G. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciência Humanas e sociais. Cadernos de graduação*. V. 2, n. 2, p. 121-136, 2014.

LEAL, B. M.; ANTONI, C. Os centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Aletheiap*.v. 40, 87-101, 2013.

MIELKE, F. B.; et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. *Revista eletrônica de enfermagem*. V. 12, n. 4, p. 761-765, 2010.

MIRANDA, F. A. N. A representação social de familiares nos centros de atenção psicossocial. *Esc. Anna Nery*. v. 15, n. 2, p. 354-360, 2011.

PORTO, F.F. A.; REZENDE, M.M.; GOMES, M. B. a família no contexto da reforma psiquiátrica. *Revista internacional de história Política e cultura jurídica*. v. 8, n.3, p. 526-542, 2016.

PINHO, L. B.; HERNANDEZ, A.M. B.; KANTORSKI, L. P. Reforma psiquiátrica, trabalhadores de saúde mental e a "parceria" da família: O discurso distanciamento. *Interface*. v. 14, n. 32, p. 103-113, 2010.

RODRIGUES, A.; PALMA, D. L. A influência da inclusão da família no processo terapêutico de pacientes com transtornos mentais atendidos pelo centro de atenção psicossocial em uma cidade do meio-oeste catarinense. *Texto & contexto*. V.21, n. 4, p.108-117, 2015.

SANTIN, G.; KLAFKE, T. E. A família e o cuidado em saúde mental. *Revista Barbarói*, Santa Cruz do Sul, v. 12, n. 32, 2011.

SILVA, B. L. C. et al. Participação da família no tratamento dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas. *Revista Bras. Pesq. Saúde*. v.14, n. 4, p. 61-68, 2012.



Artigo

INFECÇÕES VAGINAIS: EXAME CITOLÓGICO COMO MEDIDA DE VIGILÂNCIA

VAGINAL INFECTIONS: CYTOLOGICAL EXAM AS MEASURE OF SURVEILLANCE

Érica Henrique Clementino¹

Erta Soraya Ribeiro César Rodrigues²

Ana Karla Bezerra da Silva Lima³

Francisca Elidivânia de Farias Camboim⁴

RESUMO - O exame citológico é a melhor forma para detectar as neoplasias cervicais através das lesões do colo uterino, assim como também auxilia na detecção de processos inflamatórios e infecciosos do trato genital, possibilitando a detecção da infecção e até podendo identificar o agente etiológico. As infecções vaginais são consideradas as queixas mais comuns entre as mulheres nas consultas ginecológicas devido a sua elevada frequência. Esta pesquisa teve como objetivo avaliar a importância do exame citológico para diagnóstico e tratamento das infecções vaginais na Estratégia de Saúde da Família e identificar quais as infecções vaginais que mais acometem a população feminina atendida nesta instituição. O presente estudo caracteriza-se como do tipo documental com abordagem quantitativa. Foi realizado na Unidade Básica de Saúde da Família Lagoinha, povoado do município de Água Branca (Paraíba) entre os meses de outubro de 2016 a outubro de 2017. Esses resultados sugerem que as mulheres deste estudo necessitam de mais esclarecimentos a respeito da importância da realização do exame citopatológico para sua saúde e os cuidados preventivos contra as infecções vaginais, o que de certo modo ajuda na adesão a realização do exame.

¹ Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem pelas Faculdades Integradas de Patos-FIP;

² Enfermeira obstetra. Mestre em Ciências da Saúde. Docente das Faculdades Integradas de Patos;

³ Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela UNISANTOS. Docente da Faculdade Santíssima Trindade-FAST;

⁴ Enfermeira. Mestranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Docente dos cursos de bacharelado em Enfermagem e Direito. Coordenadora do eixo de produção científica do curso de Direito. Coordenadora pedagógica da ECISA.



Artigo

Palavras-chave: Afecções Ginecológicas; Atenção Básica; Exame Citopatológico.

ABSTRACT - The cytological exam is the best way to detect cervical neoplasms through cervical lesions, as well as assisting in the detection of inflammatory and infectious processes of the genital tract, enabling the detection of infection and even identifying the etiological agent. Vaginal infections are considered the most common complaints among women in gynecological consultations due to their high frequency. This research aimed to evaluate the importance of cytological examination for diagnosis and treatment of vaginal infections in the Family Health Strategy and identify which vaginal infections most affect the female population attended at this institution. The present study is characterized as documentary type with quantitative approach. It was conducted at the Lagoinha Family Basic Health Unit, a town in the municipality of Água Branca (Paraíba), from October 2016 to October 2017. These results suggest that the women in this study need further clarification regarding the importance of performing from the cytopathological examination to your health and preventive care against vaginal infections, which in some way helps in adherence to the examination.

Keyword: Gynecological Disorders; Primary Care; Cytopathological Examination.

INTRODUÇÃO

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária à Saúde (APS) é realizada em todo o País de forma descentralizada, próxima ao usuário, sua família, seu território e suas condições de vida. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde trabalham as Equipes de Saúde da Família (ESF), ou de Atenção Básica tradicional (EAB), são a principal porta de entrada do sistema e o ponto de contato preferencial para usuário (BRASIL, 2013).

Entre as ações desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica, destacam-se as ações relacionadas ao controle dos cânceres do colo de útero e da mama. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, para o Brasil, em 2016, são esperados 57.960 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres, é o tipo que possui a maior incidência e a maior mortalidade na população feminina em todo o mundo; e esperados 16.340 casos novos de câncer do colo do útero, com um risco estimado de 15,85 casos a cada 100 mil mulheres, sendo o terceiro tumor mais frequente



Artigo

na população feminina, atrás do câncer de mama e do colorretal, e a quarta causa de morte de mulheres por câncer no Brasil (INCA, 2015).

O exame citológico, como cita Poser *et al.* (2015), ainda é a melhor forma para detectar as neoplasias cervicais através das lesões do colo uterino, assim como auxilia na detecção de processos inflamatórios e infecciosos do trato genital, possibilitando a detecção da infecção, como também avaliando a intensidade da reação inflamatória, podendo na maioria dos casos identificar o agente etiológico.

A realização do exame citológico deve ocorrer na própria unidade básica de saúde, podendo ser realizado durante a consulta ou em agendamentos específicos para esse fim. Usuárias que não comparecem espontaneamente podem ser convocadas para realização do exame. Independente da forma de abordagem, o exame deve ser coletado utilizando as técnicas e os materiais preconizados pelo ministério da saúde, e a mulher deve ser respeitada e abordada integralmente (BRASIL, 2013).

As infecções vaginais são consideradas as queixas mais comuns entre as mulheres nas consultas ginecológicas devido a sua elevada frequência. Entre as infecções vaginais mais frequentes destacam-se a vaginose bacteriana (VB), representada em sua maioria por *Gardnerella vaginalis*, Candidíase vulvovaginal (CVV) causada pela *Candida albicans*, e Tricomoniase que é causada pelo *Trichomonas vaginalis* (ANDRADE, 2014).

A atenção básica é responsável pela implementação de ações de prevenção e assistência nas respectivas áreas de abrangência e populações adstritas; a média complexidade, que dispõe de unidades de saúde com especialistas, os quais devem atuar como referência imediata à atenção básica e promover capacitação para melhor utilização dos fluxogramas e melhoria da acuidade clínica; e a alta complexidade, que, além de realizar prevenção e assistência, contribui com resolução diagnóstica de maior sofisticação, desenvolve pesquisas e capacita os demais níveis de atenção (BRASIL, 2015).

Considerando as infecções vaginais como sendo as mais frequentemente encontradas no exame citológico, e quanto o exame é importante para o diagnóstico e tratamento das vaginites, este trabalho teve como questão norteadora, investigar as infecções vaginais que mais acometem às mulheres atendidas na Estratégia de Saúde da Família e quais cuidados de enfermagem destinados a essas mulheres diagnosticadas com tais infecções.



Artigo

METODOLOGIA

O estudo do tipo documental com abordagem quantitativa. Foi realizado na Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Lagoinha, povoado do município de Água Branca/PB. Entre os meses de outubro de 2016 a outubro de 2017. A população do estudo foi constituída por prontuários de usuários do referido serviço de saúde. A amostra foi composta por 227 prontuários, seguindo os critérios de inclusão: prontuário preenchido com as informações necessárias à pesquisa, de modo que os mesmos estivessem em perfeito estado de conservação. Como critérios de exclusão foram eliminados prontuários com rasuras, dados ilegíveis, bem como aqueles que não responderam ao objetivo proposto.

Durante a coleta dos dados foi utilizado como instrumento um formulário previamente elaborado com questões objetivas relacionadas ao perfil sócio demográfico da amostra e questões norteadoras ao tema. Que teve por finalidade identificar o perfil da realidade mostrada em exames citológicos, sobre as infecções vaginais mais comuns prevalentes nas mulheres que frequentam a Unidade Básica de Saúde da Família Lagoinha do Município de Água Branca/PB, suas causas e abordagem, incluindo as principais medicações utilizadas.

Os dados foram coletados após assinatura do Termo de Autorização Institucional e o Termo Anuência assinado pelo secretário de saúde da cidade, com o preenchimento dos formulários de pesquisa. Para interpretação dos dados, foi levado em consideração o preenchimento dos formulários de pesquisa, com dados sobre a ocorrência das infecções, o perfil sociodemográfico das mulheres, as patologias identificadas no exame citopatológico e a abordagem terapêutica. Após o preenchimento dos formulários, os mesmos foram analisados quantitativamente e apresentados através de gráficos e tabelas para uma melhor apresentação e discussão dos resultados.

De acordo com os aspectos éticos preconizados pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de aspectos éticos nas pesquisas que envolvem seres humanos, foi solicitado a autorização do Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Patos, bem como autorização da instituição de saúde onde se deu a pesquisa (BRASIL 2013). O trabalho oferece a garantia do anonimato e o sigilo quanto aos dados dos usuários de tal serviço, de modo que a sua identificação não foi revelada, nem a integridade de sua imagem sofreu qualquer consequência.



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A tabela 1, evidencia os dados relacionados a faixa etária, estado civil, quantidade de filhos, ocupação e escolaridade da população estudada.

Tabela 1 – Caracterização do perfil sócio demográfico da amostra (n=227), Água Branca-PB, 2018.

Variáveis		n	%
Faixa etária	De 18 a 22 anos	31	14
	De 23 a 27 anos	22	10
	De 28 a 32 anos	27	11,5
	De 33 a 37 anos	27	11,5
	De 38 a 42 anos	47	21
	De 43 a 47 anos	30	13
	De 48 a 52 anos	20	9
	53 anos ou mais	23	10
Estado Civil	Casado	147	65
	Solteiro	20	9
	União Estável	60	26
Quantidade de filhos	0 a 2 filhos	144	64
	3 a 4 filhos	72	32
	5 a 7 filhos	11	5
Ocupação	Estudante	13	6
	Do lar	106	46,5
	Autônoma	83	36,5
	Trabalha em regime CLT	25	11
Escolaridade	Fundamental	68	30
	Médio	129	57
	Técnico	09	4
	Superior incompleto	02	1
	Superior completo	19	8

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

Conforme explicitado na tabela 1, participaram do estudo 227 prontuários de mulheres que realizaram o exame citopatológico, das quais, destacou-se as faixas etárias,



Artigo

47 (21%) entre 38 e 42 anos mais acometidas com afecções, e caracterizando estado civil casadas 147 (65%), como confirma Neto et al, (2013), que em uma das suas pesquisas, que em relação ao uso de preservativos, as mulheres casadas estão mais suscetíveis à infecção onde 18,03% não fazem uso do preservativo durante a relação sexual alegando plena confiança no seu cônjuge, fator primordial na prevenção de infecções vaginais. Em contrapartida, no que se refere aos hábitos de higiene, ambos os grupos estão suscetíveis à infecção, pois 80% das mulheres solteiras e 80,32% das mulheres casadas fazem uso diário de sabonete íntimo, o que também é bastante importante.

Outros fatores como aborto espontâneo e status de fumante não foram estatisticamente significantes. Das formas de transmissão e fatores de risco à infecção, a relação sexual foi a mais lembrada, por ser uma via comum de transmissão das DSTs em geral sendo que, 33,33% das mulheres solteiras e 50,81% das mulheres casadas já tinham ouvido falar da tricomoníase e outras infecções, em ambos os grupos não sabem da possibilidade de uma co-infecção com o vírus HIV. Já as mulheres solteiras ficaram com percentual de 20 (9%) como também explica Dourado, et al. (2015) identifica-se incremento no uso de preservativos, e relatos mais frequentes de uso do preservativo no âmbito de relações sexuais com parceiros casuais (80%) quando comparados aos parceiros fixos (40%). E trouxe preocupações pela observação da diminuição do uso regular de preservativos nas relações com parcerias fixas e casuais entre os anos de 2002 (48,5%) e 2007 (43,1%), especialmente entre aqueles com menos escolaridade; incremento no indicador composto de comportamento de risco.

Outro dado em destaque é a diminuição de filhos por mulher 144 (64%) possuem entre 0 a 2 filhos, e de acordo com dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), o país registra uma média de 1,94 filho por mulher, estando abaixo da taxa de reposição populacional, que é de 2,1 filhos por mulher – duas crianças substituem os pais e a fração 0,1 é necessária para compensar os indivíduos que morrem antes de atingir a idade reprodutiva.

Em 1960, a taxa de fecundidade no Brasil foi de 6,3 filhos por mulher. Desde então, a redução ocorreu de forma gradativa: 1970 (5,8), 1980 (4,4), 1991 (2,9), 2000 (2,3) e, em 2006, com 2 filhos por mulher, registrou média abaixo da necessária para a reposição populacional.

Atualmente, a Região brasileira que detém a maior taxa de fecundidade é a Norte, com 2,51 filhos por mulher. Já a Região Sudeste, com 1,75, possui a menor média nacional. As Regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sul, apresentam taxa de fecundidade de 2,04, 1,93 e 1,92, respectivamente. A educação como princípio fundamental insculpida no texto constitucional tem papel fundamental na prevenção e orientação do indivíduo,



Artigo

elencar os entes responsáveis pelo processo de formação do indivíduo delegando mandamentos e avocando deveres que deve ter por responsável não somente o Estado, como também toda a sociedade. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (LENZA, 2015), tem como finalidade a reflexão social em todos os níveis, buscando uma orientação sexual de acordo com a compreensão do indivíduo voltada fundamentalmente para a população mais carente que padece de recursos mínimos, ficando sujeitas a relações sexuais muitas das vezes desprotegidas justamente pela falta de acesso à métodos preventivos mais acessíveis.

Na tabela 2, foram elencados os dados relacionados a caracterização da história pregressa e atual das infecções das mulheres estudadas, como queixas, diagnóstico clínico e células metaplásticas.

Tabela 2 – Caracterização da história pregressa e atual das infecções (n=227), Água Branca-PB, 2018.

	Variáveis	n	%
Queixas	Leucorreia	177	78
	Disúria	02	1
	Odor	09	4
	Dor durante a relação	07	3
	Ardor	32	14
Diagnóstico clínico	Sem patologia	89	39
	Com patologia	138	61
Células metaplásticas	Sim	48	21
	Não	179	79

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

Foi observado na tabel 2, que as principais queixas foram leucorreia 177 (78%) onde são motivo de atenção entre as mulheres em especial nas que estão em idade reprodutiva, também é motivo de preocupação nas que ainda não atingiram a puberdade e as menopausadas. Por receio e/ou vergonha se automedicam, onde deveriam procurar um profissional especializado que tem maior competência para intervir em tal situação. O aparecimento da leucorreia pode estar relacionada a baixa imunidade, estresse, higienização vaginal inadequada, uso de roupas apertadas por tempo prolongado,



Artigo

umidade na região genital, entre outros fatores. A secreção vaginal é normal, quando presente na coloração branca ou clara, sendo formada de líquidos cervicais, variando o seu volume, de acordo com o período do ciclo menstrual. Porém, quando há a presença de infecção ou inflamação suas características são modificadas (SOARES, 2016).

Segundo os dados encontrados, a realização do exame citopatológico conseguiu detectar patologias em 138 (61%) da população em estudo o que comprova que precisa serem tomadas medidas mais eficazes no intuito de prevenir as infecções vaginais como por exemplo o uso do preservativo e a educação em saúde (BRASIL, 2013).

Houve a presença de 48 (21%) de células metaplásicas ou células endocervicais (representativas da JEC) na amostra, onde tem sido considerada indicador de qualidade da coleta, pelo fato de essa coleta objetivar a obtenção de elementos celulares representativos do local onde se situa a quase totalidade dos cânceres do colo do útero. Para garantir boa representação celular do epitélio do colo do útero, o exame citopatológico deve conter amostra do canal cervical, preferencialmente, coletada com escova apropriada, e da ectocérvice, coletada com espátula tipo ponta longa (espátula de Ayre). Há duas principais categorias de carcinomas invasores do colo do útero, dependendo da origem do epitélio comprometido: o carcinoma epidermoide, tipo mais incidente e que acomete o epitélio escamoso e o adenocarcinoma, tipo mais raro e que acomete o epitélio glandular (BRASIL, 2013). Sugere-se a discussão deste assunto com o (a) ginecologista da equipe NASF ou da atenção especializada do município.

Na tabela 3 foram apresentados os dados relacionados aos resultados dos exames citopatológicos.



Artigo

Tabela 3 – Caracterização dos resultados dos exames citopatológicos (n=227), Água Branca-PB, 2018.

	Variáveis	n	%
Diagnóstico	Escamoso	227	100
	Inflamação	102	45
	Lactobacilos SP	227	100
	Cocos	49	21,5
	Cândida	74	32,5
	Glandular	227	100
	Gardnerella	17	7,5
	Citólise moderada	09	4
	Disceratos	03	1,5
	Trichomonas vaginalis	04	2
	NIC I	01	0,5
	Tratamentos prescritos	Nistatina creme 14 dias uso noturno + fluconazol 150mg 1 cp 1 x por semana por 4 semanas	77
Metronidazol gel uso noturno por 14 dias+ metronidazol 500 mg 2x dia por 7 dias.		50	22
Secnidazol 2doses a cada 5 dias		21	9,5
Ceftriaxona IM		10	4,5
Miconazol creme		08	3,5
Nenhuma prescrição		61	27

FONTE: Dados da pesquisa, 2018.

As taxas de morbidade e mortalidade provocadas por infecções fúngicas têm aumentado nas últimas décadas, constituindo um grave problema de saúde pública, como pode ser identificado em 74 (32,5%) das mulheres estudadas, explicitadas na tabela 3. *Candida albicans* é a espécie mais comumente identificada como sendo responsável por este tipo de infecções e, embora faça parte da flora normal do Homem, pode tornar-se



Artigo

patogénico em indivíduos com o sistema imunitário comprometido. As células fagocíticas profissionais têm um papel crucial na resposta a estas infeções, nas quais destacamos os macrófagos. Estes, em resposta à presença de microrganismos patogénicos, iniciam diversos mecanismos de maneira a controlar este tipo de infeções, sendo que o ATP e os seus metabolitos, nomeadamente a adenosina, desempenham um papel importante na regulação desta resposta que é mediada por receptores específicos para o ATP e adenosina. Assim, o ATP, que é libertado para o meio extracelular, atua como um “sinal de perigo”, alertando os macrófagos para a presença de patogénicos, enquanto que a adenosina tem um efeito contrário, funcionando como um sinal stop do sistema imunitário de modo a que este não seja superativado e comece a destruir as células do próprio organismo (CARDOSO, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa trouxe o conhecimento de mulheres acerca do exame citopatológico, as quais apresentam-se esclarecidas a respeito do referido exame, e da sua importância para a saúde das mulheres. Contudo, ainda não são adequadas dos métodos preventivos, o que precisa de uma intervenção mais eficaz, de modo que venha ajudar na adoção de ações que possibilitem o autocuidado, principalmente no que se refere ao câncer do colo do útero. Porém isso não exclui a importância do profissional enfermeiro no que consiste a adoção de ações que busquem incessantemente a educação em saúde, a respeito deste importante problema que é a neoplasia do colo do útero, dessa forma é necessário que o enfermeiro atue de forma sistêmica e holística com as mais diversas oportunidades na comunidade.

Tais informações são da competência do profissional de saúde, particularmente do enfermeiro que durante a Consulta de Enfermagem, palestras ou eventos incentivar a população a realização do exame citopatológico e principalmente o uso do preservativo, para que as usuárias possam serem menos acometidas em relação as infeções vaginais. Portanto esta pesquisa atingiu os objetivos propostos e coloca-se sob a perspectiva de que servirá de importante instrumento norteador no que se refere a novos estudos, contribuindo para o ensino e pesquisa, e sobre tudo com a qualidade de vida das usuárias.



Artigo

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. S. C. et al. Agentes microbiológicos de vulvovaginites identificados pelo Papanicolau. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. 2014. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8868/1/2014_art_shsoliveira.pdf>. Acesso em: 27. Set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. – (CONEP). **Norma Operacional n° 001/2013**, publicada em 11 e 12 de setembro de 2013 sobre a organização e funcionamento do Sistema CEP/CONEP, e sobre os procedimentos para submissão, avaliação e acompanhamento da pesquisa e de desenvolvimento envolvendo seres humanos no Brasil. Brasília, 2013a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/CNS%20%20Norma%20Operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf>. Acesso em: 12.06.18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2013;pp. 41 a 71. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab13> Acesso em: 12.06.18.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. – (CONEP). **Resolução n° 510/2016**, publicada em 04 de abril de 2016 sobre pesquisa na área das ciências sociais e humanas. Brasília, 2016a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica. **Saúde das Mulheres**. Brasília, 2016b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em: 27 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).



Artigo

Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>>.
Acesso em: 03 set. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília, 2015. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_therapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf>.
Acesso em: 11 out. 2017.

CARDOSO, T.S. **Papel do ATP na infecção de Macrófagos por Candida albicans. Departamento de Ciências da Vida.** Faculdade de Ciências e Tecnologia Universidade de Coimbra, 2013. Disponível em: <<https://estudogeral.si.buc.pt/bitstream/10316/26087/1/TeseTomé%20Silva%20Cardoso.pdf>>. Acesso em: 13.06.18

CENSO DEMOGRÁFICO 2010. **Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência.** Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em:<ftp://ftp.ibge.com.br/censos/censos_demograficos2010_/caracteristicas_gerais_religiao_deficiencia/caracteristicas_gerais_deficiencia.pdf>. Acesso em: mar. 2018.

CALCULADORA AMOSTRAL. 2014. Disponível em: <<http://comentto.com/blog/calculadora-amostal/>>. Acesso em: 03 set. 2017.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA PARAÍBA. **Protocolo do Enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família do Estado da Paraíba.** 2º ed. COREN-PB - João Pessoa-PB, 2015. Disponível em: <<http://www.coren.pb.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Livro-Protocolo-do-Enfermeiro-Coren-PB-2015.pdf>>. Acesso em: 16.11.2017

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2016:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 26 Set. 2017.



Artigo

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <<http://colposcopia.org.br/files/consensos/diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero2016corrigido-1448538996.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2017.

LENZA, PEDRO; **Direito Constitucional Esquematizado-19**. Ed. rev., e ampl.-São Paulo: Saraiva, 2015.

POSER, J. et al. Estudo das infecções cérvico vaginais diagnosticadas pela Citologia. **Revista Saúde Integrada**. 2015, v. 8, n. 15-16. Disponível em: <local.cneccsan.edu.br/revista/index.php/saude/article/download/237/200>. Acesso em: 27 set. 2017.

NASCIMENTO, Gabriel Winston de Carvalho et al. **Cobertura do exame citopatológico do colo do útero no Estado de Minas Gerais, Brasil, no período entre 2000-2010**: um estudo a partir dos dados do Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO). 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414462X2015000300253&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 03.06.18.

NETO, Pedro Agnel Dias Miranda et al. Inquérito Comportamental Sobre Fatores de Risco a Trichomonas Vaginalis. **UNOPAR Cient Ciênc Biol Saúde** 2014;16(1):9-13. Disponível em: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/528-2023-1-PB.pdf> Acesso em: 13.06.18.

RAUGUST, T. M.; DUARTE, A. C. R. Aspectos clínicos, epidemiológico e diagnóstico citológico de Candida Sp, Gardnerella Vaginalis e Trichomonas vaginalis. **Atas de Ciências da Saúde**. 2013. Disponível em:

<<file:///D:/Usu%C3%A1rios/Ana%20Carla/Downloads/548-2069-1-SM.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2017.

ZOTTI D.G. **Introduzione alla Ricerca Sociale**: Problemi e Qualche Soluzione. Angeli,/Milão. 2007.



Temas em Saúde

Volume 19, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

WIKIPÉDIA. **Água Branca Paraíba**. Disponível em:
<[https://pt.wikipedia.org/wiki/%C3%81gua_Branca_\(Para%C3%ADba\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/%C3%81gua_Branca_(Para%C3%ADba))> . Acesso em: 17 out. 2017.



INFECÇÕES VAGINAIS: EXAME CITOLÓGICO COMO MEDIDA DE VIGILÂNCIA

Páginas 243 a 256

Artigo

**LÚPUS ERITEMATOSO CUTÂNEO CRÔNICO DISSEMINADO SEM
COMPROMETIMENTO SISTÊMICO: RELATO DE CASO**

**DISSEMINATED CHRONIC CUTANEOUS LUPUS ERYTHEMATOSUS
WITHOUT SYSTEMIC INVOLVEMENT: CASE REPORT**

George Lucas Amaro Monteiro¹
Lívio e Vasconcelos do Egypto²

RESUMO - Lúpus eritematoso é considerado uma doença autoimune complexa que pode acometer múltiplos órgãos e sistemas, sendo a pele um dos acometidos de forma mais variável. As manifestações cutâneas clássicas do lúpus eritematoso são classificadas em lúpus eritematoso cutâneo agudo, lúpus eritematoso cutâneo subagudo, lúpus eritematoso cutâneo crônico. O lúpus eritematoso cutâneo crônico é uma doença inflamatória da pele que acomete principalmente adultos, atingindo preferencialmente as áreas de maior exposição à luz solar, sendo a lesão clínica cutânea mais comum a placa discoide. O diagnóstico é clínico e confirmado pelo exame histopatológico. O presente estudo objetivou relatar a evolução e demonstrar melhoras clínicas e benefícios do tratamento do Lúpus Eritematoso Cutâneo Crônico em um paciente da cidade de Patos, Paraíba. Trata-se de um relato de caso, um estudo observacional, com caráter descritivo e abordagem qualitativa. Foi realizado na Policlínica ClinFIP no município de Patos, Paraíba. O instrumento utilizado no estudo foi um Prontuário para acompanhamento do caso de Lúpus Eritematoso Cutâneo Crônico, criado pela Coordenação de Vigilância Epidemiológica – Núcleo de Dermatologia Sanitária do estado da Paraíba. Observou-se que a reativação assintomática e a eclosão de novas lesões cutâneas sem progressão sistêmica ocorreu durante o seguimento de 12 meses. Com isso, é visto que o maior impacto do lúpus eritematoso cutâneo crônico pode não estar na atividade da patologia em si, mas sim, na qualidade de vida e bem-estar do paciente.

¹ Acadêmico de Medicina das Faculdades Integradas de Patos (FIP), Patos, Paraíba, Brasil – georgemonteiro@med.fiponline.edu.br;

² Médico Dermatologista e Professor das Faculdades Integradas de Patos (FIP), Patos, Paraíba, Brasil – livioegypto@hotmail.com.



Artigo

Palavras-Chave: Diagnóstico; Lúpus eritematoso; Lúpus eritematoso cutâneo crônico; Tratamento.

ABSTRACT - Lupus erythematosus is considered a complex autoimmune disease that can affect multiple organs and systems, and the skin is one of the most widely affected. The classic cutaneous manifestations of lupus erythematosus are classified into acute cutaneous lupus erythematosus, subacute cutaneous lupus erythematosus, chronic cutaneous lupus erythematosus. Chronic cutaneous lupus erythematosus is an inflammatory skin disease that affects mainly adults, preferentially affecting the areas with the greatest exposure to sunlight. The most common clinical cutaneous lesion is the discoid plaque. The diagnosis is clinical and confirmed by histopathological examination. This study aimed to report the evolution and demonstrate clinical improvements and benefits of the treatment of chronic cutaneous lupus erythematosus in a patient from Patos, Paraíba. This is a case report, an observational study, descriptive and qualitative approach. It was held at the ClinFIP Polyclinic in the municipality of Patos, Paraíba. The instrument used in the study was a medical record for monitoring the case of chronic cutaneous lupus erythematosus, created by the Coordination of Epidemiological Surveillance - Center for Sanitary Dermatology of the state of Paraíba. Asymptomatic reactivation and outbreak of new skin lesions without systemic progression were observed during the 12-month follow-up. Thus, it is seen that the major impact of chronic cutaneous lupus erythematosus may not be on the pathology activity itself, but on the patient's quality of life and well-being.

Keywords: Diagnosis; Lupus erythematosus; Chronic cutaneous lupus erythematosus; Treatment.

INTRODUÇÃO

Lúpus eritematoso (LE) é considerado uma doença autoimune complexa, caracterizada pela produção de autoanticorpos dirigidos contra proteínas do próprio organismo, podendo acometer múltiplos órgãos e sistemas. Este, possui uma patogênese desconhecida e multifatorial, apontada para a combinação de fatores hormonais, ambientais e genéticos, podendo ser influenciada, também, por alterações nos hábitos de



LÚPUS ERITEMATOSO CUTÂNEO CRÔNICO DISSEMINADO SEM COMPROMETIMENTO
SISTÊMICO: RELATO DE CASO

Páginas 257 a 271

Artigo

vida e pela industrialização. Assim, a combinação desses fatores em indivíduos geneticamente predispostos pode gerar uma desarmonia no sistema imunológico, contribuindo para o surgimento do lúpus (FILOTICO; MASTRANDREA, 2018).

Dentre os diversos órgãos afetados pelo lúpus eritematoso sistêmico (LES), a pele é um dos acometidos de forma mais variável, estabelecendo, assim, às lesões cutâneas em 3 dos 11 critérios determinados pela *American College of Rheumatology* (ACA) para o diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico: fotossensibilidade, erupção malar e lesões discóides (BERBERT; MANTESE, 2005).

As manifestações cutâneas clássicas do LE são classificadas em lúpus eritematoso cutâneo agudo (LECA), caracterizada por lesões edematosa e eritematosas em áreas fotoexpostas; lúpus eritematoso cutâneo subagudo (LECSA), com sua fotossensibilidade típica, associada à lesões anulares e psoriasiformes; e lúpus eritematoso cutâneo crônico (LECC), caracterizado por lesão discoide específica, todas essas lesões com aspectos histológico de LE (KUHN; LANDMANN; BONSMANN, 2016).

O LECC, também chamado de lúpus eritematoso discoide (LED), é uma doença inflamatória da pele que acomete mais adultos e afeta áreas com maior exposição à luz solar. É caracterizada por áreas de vários tamanhos, bem definidas, eritematosas, descamativas, que tendem a progredir deixando cicatriz atrófica e alterações pigmentares. A idade de instalação LECC varia, com maior frequência, entre 20 e 40 anos, sendo raro na infância ou em indivíduos acima de 70 anos. Manifesta-se em qualquer raça e possui uma prevalência de acometimento no sexo feminino, em proporção ao redor de 2:1 (KONO et al., 2013).

A lesão clínica cutânea mais comum do LECC é a placa discóide, descrita como mácula ou placa eritematosa, com bordas bem definidas e superfície com descamação lamelar aderente, mostrando em seu reverso espículas queratósicas correspondentes à hiperqueratose folicular, chamadas de tachas de tapeceiro. Essas lesões progridem centrifugamente, assumindo aspecto de disco, muitas vezes com alterações discrômicas e presença de telangiectasias, deixando cicatriz atrófica central e alopecia cicatricial no couro cabeludo (SALAH, 2018).

O diagnóstico do LECC é confirmado pelo exame histopatológico, que é característico. Podendo ser encontrado, frequentemente, imunoglobulinas na pele e, menos comumente, alterações sorológicas evidenciando autoanticorpos que sugerem etiologia autoimune. Os exames sorológicos, como a investigação de autoanticorpos circulantes, que são essenciais no diagnóstico do LES, não são importantes para o diagnóstico do LECC, sendo mais solicitados para o diagnóstico diferencial com as



Artigo

formas sistêmicas e para investigar possíveis evoluções de LECC para LES (KUHN; LANDMANN; BONSMANN, 2016)

O acometimento sistêmico em pacientes com LECC é incomum, porém há relatos de paciente com queixa de artralguas ou fenômeno de Raynaud. Diante disso, o LECC possui um bom prognóstico na maioria dos casos, entretanto a demora do início do tratamento pode acarretar cicatrizes desfigurantes, influenciando a integridade social do paciente (BERBERT; MANTESE, 2005).

Nesse contexto, o conhecimento da evolução clínica após diagnóstico e tratamento de paciente com Lúpus Eritematoso Cutâneo Crônico Disseminado se faz importante para os médicos e acadêmicos de medicina, por abordar uma patologia incomum na prática clínica, no intuito da prevenção do diagnóstico errôneo e do tratamento inadequado e tardio de algumas variantes dessa patologia.

METODOLOGIA

A investigação foi conduzida por meio de um relato de caso, um estudo observacional, com caráter descritivo e abordagem qualitativa. O relato de caso tem como maior objetivo aprofundar a descrição de determinada realidade talvez por tal particularidade. Como caráter descritivo, este estudo tem como finalidade retratar a realidade, sendo de fundamental importância quando se sabe pouco ou nada sobre determinado assunto, bem como fornece dados demográficos importantes a profissionais de saúde e gestores (ARAGÃO; 2011).

Retratam o detalhamento descritivo de casos clínicos, contendo atributos relevantes sobre os sinais, sintomas e outras peculiaridades do paciente, relatando as condutas terapêuticas utilizadas, bem como a evolução do caso. Possuem indicativo claro em circunstâncias e doenças raras, para as quais tanto o diagnóstico como a terapêutica não estão nitidamente convencionados na literatura científica (OLIVEIRA et al., 2016).

O estudo foi realizado na policlínica de especialidade CLINFIP, Patos-PB, no período de agosto a novembro de 2018. Sendo o sujeito abordado, caracterizado como sendo do sexo masculino, 62 anos, vendedor ambulante e portador de Lúpus Eritematoso Cutâneo Crônico Disseminado. Este após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas de Patos – FIP, número do parecer 3.071.008 e número da CAEE 03074818.8.0000.5181, o paciente foi convocado e esclarecido sobre a pesquisa e o objetivo da mesma. Após isso, foi assinado o Termo de Consentimento Livre e



Artigo

Esclarecido (TCLE) e o termo de assentimento. Dessa forma, a coleta de dados e a execução do protocolo ocorrerão conforme as normas da resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde - Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.

O prontuário criado pela Coordenação de Vigilância Epidemiológica do Estado – Núcleo de Dermatologia foi utilizado para acompanhamento e extração de dados do caso de Lúpus Eritematoso Cutâneo. Nele, constam dados sobre anamnese (nome, sexo, data de nascimento, idade, nome da mãe, endereço, número de telefone e data de diagnóstico), tratamento realizado (data de início, data de término, esquema terapêutico utilizado, grau de incapacidade, dentre outros), investigação clínica, localização das lesões e suas descrições, classificação operacional e forma clínica; exame físico e exames complementares (laboratoriais e de imagem) e evolução clínica. Estes dados foram analisados de forma qualitativa, digitalizados e compilados no software *Microsoft Word 2010*®.

RELATO DE CASO

Paciente J.N.N.S., sexo masculino, 62 anos, aposentado, realizou procura de ambulatório especializado em dermatologia pela queixa de manchas em várias regiões do corpo há aproximadamente 15 anos. Na história da doença atual e exame físico direcionado, foi identificado lesões difusas do tipo manchas acrômicas de caráter atrófico localizadas no dorso, na região cervical posterior, masseteriana, carotídeana, supra-hióidea, auricular, membro superior esquerdo e parietal. Associado ao quadro, apresenta placas eritematosas no dorso e em regiões de exposição solar.



Artigo



Figura 01. (fonte: autoria própria)



Figura 02. (fonte: autoria própria)



Figura 03. (fonte: autoria própria)

A hipótese diagnóstica foi Lúpus Eritematoso Cutâneo Crônico. Porém, para melhor investigação e confirmação da patologia, a conduta consistiu na solicitação de exames laboratoriais, como: hemograma, fator anti-nuclear (FAN), proteína C reativa (PCR), velocidade de hemossedimentação (VHS), Anti-DNA nativo (anti-dsDNA), Anti-



Artigo

SM, Anti-Ro, Anti-La, anticorpo antifosfolípídeo, fator reumatoide (FR), alanina aminotransferase (ALT), aspartato aminotransferase (AST), gama glutamil transpeptidase (GGT), ureia e creatinina. Nessa primeira consulta, embora o paciente tenha negado qualquer patologia crônica, foi observado um aumento da pressão arterial tanto sistólica quanto diastólica (170X120 mmHg).

Em retorno a consulta clínica no mês seguinte, paciente não referiu qualquer sintoma envolvendo as lesões relatadas e trouxe os exames laboratoriais solicitados: hemácias normocíticas e normocrômicas sem alterações quantitativas; leucopenia sem desvio a esquerda; trombocitopenia; PCR, VHS, FR, células LE, AST, ALT, GGT, ureia, creatinina, anticorpo antifosfolípídeo, Anti-Ro, Anti-La, anti-dsDNA, Anti-SM dentro dos limites superiores da normalidade; o FAN mostrou padrão citoplasmático fibrilar filamentar com titulação 1:160. Os exames aumentaram a suspeita clínica de LECC, sendo solicitado estudo anatomopatológico da lesão para confirmação do diagnóstico. Com isso, foi prescrito tratamento empírico com Reuquinol ® 400mg, 01 comprimido ao dia.

Após sete meses da solicitação da biópsia, paciente retorna ao ambulatório para avaliação clínica sem queixas. Trouxe resultado anatomopatológico, evidenciando fragmento de pele com hiperqueratose, acantose leve e degeneração hidrópica basal; e derme com moderado infiltrado inflamatório mononuclear perivascular e perifolicular, além de depósitos de mucina. Esses achados histológicos foram compatíveis com a suspeita clínica de LECC, confirmando assim, a hipótese diagnóstica. Ao exame clínico, foi constatado novos sítios de lesão na região dorsal, caracterizados por placas de halo eritematoso com centro hipocrômico e, ainda, reativação das lesões antigas.



Artigo



Figura 05. (fonte: autoria própria)



Figura 06. (fonte: autoria própria)

Na ocasião, o paciente referiu não ter iniciado o uso da medicação prescrita por motivo do não fornecimento pelo órgão público responsável. Diante do exposto, a conduta foi o encaminhamento para o tratamento em Unidade Básica de Saúde (UBS) com a manutenção do Reuquinol ® 400mg, 01 comprimido ao dia e orientações gerais sobre fotoexposição e proteção solar.

DISCUSSÃO

O LE é caracterizado como uma doença autoimune e multifatorial, podendo ser dividida em sua forma cutânea, o LEC, caracterizada pelo não desenvolvimento de sintomas sistêmicos significativos do LE. Assim, devido aos sintomas sistêmicos implicarem em maior morbidade ao paciente, além de modificar o prognóstico e o tratamento, se faz importante a exclusão do diagnóstico do LES através da avaliação dos autoanticorpos FAN, anti-dsDNA, anti-Sm, anti-Ro e anti-La. Além disso, a presença de lesões cutâneas inespecíficas podem contribuir para a suspeita diagnóstica do LES, como:



Artigo

livedo reticular, urticária vasculite, telangiectasia periungueal, eritema multiforme e úlceras em mucosas (FILOTICO; MASTRANDREA, 2018).

Pelos critérios diagnósticos do SLICC, não foi constatado o acometimento sistêmico no paciente do relato apresentado, já que o mesmo não atingiu o mínimo de 4 critérios exigidos. É importante destacar que a presença de leucopenia e plaquetopenia foram leves com valores $4.900/\text{mm}^3$ e 117.000 , respectivamente, não sendo suficientes para o preenchimento dos critérios diagnósticos (MOCARZEL et al., 2015).

Em relação ao FAN, este foi positivado em titulações (1:160), sendo considerado uma titulação baixa, comparada a unanidade relatada por um estudo transversal elaborado por Oh et al. (2018) com titulações de 1:1280. Este identificou ainda, a baixa frequência de positividade dos anticorpos Anti-Ro e Anti-SM no LECC comparado aos outros subtipos.

Ao longo do período de acompanhamento clínico, não foi observado evolução para o quadro sistêmico que, unindo a informação colhida pelo relato do paciente e o seu tempo de seguimento, resulta numa duração da história natural da doença de aproximadamente 16 anos. Isso implica que houve manutenção crônica do estado cutâneo do Lúpus eritematoso, mesmo sem o tratamento adequado.

A etiologia do LECC possui característica multifatorial, destacando-se a interação entre fatores ambientais e genéticos. Esses, interagindo entre si, podem promover o início e a manutenção de uma cascata inflamatória envolvendo quimiocinas, citocinas e células inflamatórias diversas. No que se refere aos fatores ambientais contribuintes, destacam-se a radiação ultravioleta (UV), medicamentos, tabagismo e, possivelmente, alguns tipos de vírus. Nesse ponto, é crucial a identificação de um notável fator de risco presente diariamente na vida do paciente relatado: a frequência elevada de exposição a radiação UV devido a sua profissão como ambulante em município com altos índices UV durante a maior parte do dia. Já em relação aos genes previamente associados ao LES, podem ser relevantes o IRF5, TYK2 e CTLA4 que, também, acarretam num risco aumentado para o desenvolvimento de Lupus Eritematoso Discóide (MCDANIEL, 2018).

Embora o LECC ocorra em proporção maior no sexo feminino, pode também afetar homens de meia-idade, como no caso do paciente em questão. Nesse contexto, uma análise asiática apontou o início da doença mais tardiamente para o LECC comparado ao LES. Este tipo de LE, se apresenta como áreas de hiperqueratose que são frequentemente encontradas na região anterior ao tórax, superfície extensora dos membros superiores, mãos e face. Embora a caracterização dessa patologia imponha a exclusão de outras enfermidades que fazem diagnóstico diferencial, entre outros, o líquen plano, o



Artigo

ceratoacantoma e o carcinoma de células escamosas. A primeira hipótese diagnóstica, dada a vasta experiência profissional do dermatologista, foi o LECC (OH et al., 2018).

Apesar da hipótese diagnóstica de LECC ser elucidada apenas com base nas características clínicas, a histologia pode ser necessária para confirmar o diagnóstico. Isso ocorre devido os achados do exame histopatológico no LEC variarem com base no subtipo, podendo a sobreposição desses, ser vista nos achados histológicos entre os vários fenótipos clínicos, como em lesões de LECA, LECS e LECC. Nas lesões lúpicas discóides, pode haver dermatite interface, porém é mais provável a presença de inflamação perianexial, tamponamento folicular e cicatrizes. (MCDANIEL, 2018).

Nesse contexto, Oh et al. (2018) encontraram uma prevalência decrescente de características histológicas, como: infiltração perivascular, discromia, hiperqueratose, fibrose dérmica, infiltração perifolicular e atrofia epidérmica. Comparando-se esses dados com os de outros subtipos do LEC, foi observado relevante fibrose dérmica e maior proeminência de células inflamatórias infiltradas no entorno das estruturas écrinas. Essa observação pode ser reiterada pela presença predominante de células T CD4 e CD8 nas camadas mais profundas do tecido epitelial evidenciado por (YAMAMOTO; HIRAIWA, 2014).

Nessa mesma investigação, ainda foi relatada a presença órgão-específica prolongada de células T supressivas que possuem função fundamental no processo de imunoativação e imunotolerância que possivelmente estão associados ao processo fibrótico. Além disso, em exame utilizando a técnica de imunofluorescência direta foi demonstrado depósitos lineares de imunoglobulinas M, G e complemento C3. Dessa forma, esses dados apontam que LECC sem acometimento sistêmico possui maior tendência a fibrose e inflamação que podem culminar em maior número de cicatrizes, comprometendo, assim, a qualidade de vida dos pacientes afetados (YAMAMOTO; HIRAIWA, 2014).

O tratamento do LECC possui como objetivo reduzir o desenvolvimento de cicatrizes e impedir a eclosão de novas injúrias epidérmicas. Assim, a terapia básica é a fotoproteção química com fator de proteção solar mínimo 50 e de proteção ampla para radiação UV tipo A e B. Além disso, o uso de vestimenta adequada durante a exposição solar pode minimizar o dano actínico através da fotoproteção física (EASTHAM; VLEUGELS, 2014).

Em relação ao tratamento medicamentoso, não existe droga específica para o tratamento do LECC. No entanto, inibidores da calcineurina, corticoesteróides tópicos e hidroxiclороquina tem sido utilizados como primeira linha, sendo reservados o



Artigo

metotrexato, azatioprina, dapsona, ciclofosfamida e imunobiológicos para os casos refratários. Com isso, foi prescrito hidrocloroquina como agente de primeira linha para o paciente relatado (TENTI et al., 2018).

Nesse interim, foi apontado em revisão sistemática, a equivalência terapêutica da acitretina 50mg na resolução completa da lesão cutânea, embora o eritema tenha sido melhor resolvido com o uso da hidroxicloroquina 400mg. Já em relação a medicação tópica foi apontada a superior eficácia terapêutica da fluocinonida 0,05% comparado a hidrocortisona 1% (JESSOP et al., 2017).

Em relação ao tratamento tópico, Milam, Ramachandran e Franks (2015) apontaram uma loção tópica a base de tracolimus 0,3% com base alcoólica como alternativa terapêutica possível para a alopecia cicatricial devida ao LED. Os resultados mostraram convalescência na atividade da doença com a redução do prurido, eritema e área epitelial atingida. Além disso, houve o benefício do crescimento piloso terminal na região periférica e central das lesões. Por conseguinte, o uso dessa loção tópica poderia ser uma alternativa terapêutica para o paciente relatado, tendo em vista, a alopecia evidenciada.

CONCLUSÃO

Sendo o LECC uma patologia órgão-específica na grande maioria dos casos, não foi evidenciada progressão sistêmica durante os doze meses de seguimento no paciente relatado, mesmo sem o uso do tratamento prescrito. Embora tenha ocorrido a reativação das lesões e a eclosão em novos sítios, o paciente se manteve assintomático durante todo o tempo.

A presença do processo fibrótico cicatricial no LECC pode ser um fator depressor da qualidade de vida e bem-estar do paciente bem mais impactante que a atividade do LED em si. Assim, o diagnóstico e tratamento precoce dessa doença pode prevenir o surgimento de lesões cicatriciais e reduzir os danos físicos e psicológicos por elas causados.



Artigo

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas.

Revista Práxis, v. 3, n. 6, p. 59-62, 2011. Disponível em:

<<http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/praxis/article/view/566>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

BERBERT, A. L. C. V.; MANTESE, S. A. O. Lúpus eritematoso cutâneo: aspectos clínicos e laboratoriais. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 80, n. 2, p. 119-131,

2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0365-05962005000200002&script=sci_abstract&tlng=pt)

05962005000200002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 abr. 2019.

EASTHAM, A. B.; VLEUGELS, R. A. Cutaneous Lupus Erythematosus. **Jama**

Dermatology, v. 150, n. 3, p. 344-344, 2014. Disponível em:

<<https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/1843885>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

FILOTICO, R.; MASTRANDREA, V. Cutaneous lupus erythematosus: clinico-pathologic correlation. **Giornale Italiano di Dermatologia e Venereologia**, v. 153, n. 2, p. 216-229, 2018. Disponível em:

<[https://www.minervamedica.it/en/journals/dermatologia-](https://www.minervamedica.it/en/journals/dermatologia-venereologia/article.php?cod=R23Y2018N02A0216)

venereologia/article.php?cod=R23Y2018N02A0216>. Acesso em: 23 abr. 2019.

JESSOP, S. et al. Drugs for discoid lupus erythematosus. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, v. 5, n. 1, p. 1-51, 2017. Disponível em:

<<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002954.pub3/full>>.

Acesso em: 23 abr. 2019.

KONO, S. et al. Orbital myositis associated with discoid lupus erythematosus. **Lupus**, v. 23, n. 2, p. 220-222, 2013. Disponível em:

<<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0961203313517156>>. Acesso em: 23 abr.

2019.

KUHN, A.; LANDMANN, A.; BONSMANN, G. The classification and diagnosis of

cutaneous lupus erythematosus. **Systemic Lupus Erythematosus**, v. 1, n. 1 p. 333-339,



Artigo

2016. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128019177000395?via%3Dihub>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

MCDANIEL, B.; TANNER, L. S. **Lupus erythematosus discoid**. Treasure Island, CA: StatPearls, 2018. Disponível em: <<http://knowledge.statpearls.com/chapter/0/24528/>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

MILAM, E. C.; RAMACHANDRAN, S.; FRANKS, A. G. Treatment of scarring alopecia in discoid variant of chronic cutaneous lupus erythematosus with tacrolimus lotion, 0.3%. **Jama Dermatology**, v. 151, n. 10, p. 1113-1116, 2015. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/2300488>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

OH, E. H. et al. Ten-year retrospective clinicohistological study of cutaneous lupus erythematosus in Korea. *The Journal Of Dermatology*, v. 45, n. 4, p. 436-443, 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1346-8138.14233>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

OLIVEIRA, A. T. de et al. Relato de caso na prática médica. In: SOUSA, Milena Nunes Alves de; SANTOS, Everson Vagner de Lucena (Org.). *Medicina e pesquisa: Um elo possível*. Curitiba: Prismas, 2016. p. 153-160.

SALAH, E. Clinical and dermoscopic spectrum of discoid lupus erythematosus: novel observations from lips and oral mucosa. *International Journal Of Dermatology*, v. 57, n. 7, p. 830-836, 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijd.14015>>. Acesso em: 23 abr. 2019.

TENTI, S. et al. Intravenous Immunoglobulins as a new opportunity to treat discoid lupus erythematosus. **Autoimmunity Reviews**, v. 17, n. 8, p. 791-795, 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1568997218301320?via%3Dihub>>. Acesso em: 23 abr. 2019.



Temas em Saúde

Volume 19, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

YAMAMOTO, T.; HIRAIWA, T. Beneficial effect of hydroxychloroquine on cutaneous lupus erythematosus in a japanese girl. **The Journal Of Dermatology**, v. 41, n. 4, p. 357-359, 2014. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1346-8138.12443>>. Acesso em: 23 abr. 2019.



LÚPUS ERITEMATOSO CUTÂNEO CRÔNICO DISSEMINADO SEM COMPROMETIMENTO
SISTÊMICO: RELATO DE CASO

Páginas 257 a 271

271

Artigo

**NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE DA
IMPLEMENTAÇÃO DO APOIO MATRICIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DA
SAÚDE EM MUNICÍPIO DO SERTÃO PARAIBANO**

**NUCLEUS SUPPORT FOR FAMILY HEALTH: AN ANALYSIS OF THE
IMPLEMENTATION OF MATRICIAL SUPPORT IN BASIC HEALTH CARE
IN THE MUNICIPALITY**

Marlira Fernandes da Silva¹
Francisco Andesson Bezerra da Silva²
Maura Vanessa Silva Sobreira³
Kassandra Batista Marques de Albuquerque⁴
Jonas Oliveira Menezes Júnior⁵
Rosângela Guimarães de Oliveira⁶

RESUMO - Este artigo teve como objetivo analisar a implementação do apoio matricial na Atenção Básica da saúde em município de pequeno porte no sertão paraibano. **Metodologia:** Com o intuito de conhecer como está a implementação do apoio matricial na Atenção Básica, foi realizada uma pesquisa com profissionais do NASF do Município de Uiraúna – PB, através de questionários semiestruturados e posteriormente, um estudo quanti-qualitativo com abordagem descritivo-exploratória, baseada no método crítico

¹Assistente Social, e-mail: andessonbr@hotmail.com

²Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos, SP, especialista em Gestão das Políticas em DST/aids, Hepatites Virais e Tuberculose pela UFRN, Natal, RN, Gerente Regional de Saúde da 10ª Gerência Regional de Saúde, e-mail: andessonbr@hotmail.com.

³Doutoranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de SP, Mestre em Enfermagem- UFRN, Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Docente na Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, PB, Brasil. E-mail: mauravsobreira2@gmail.com.

⁴Advogada e Médica Veterinária, Mestra em Sistemas Agroindustriais pela UFCG, e-mail: kassandraalbuquerque@hotmail.com.

⁵Psicólogo Clínico, e-mail: menezessespb@gmail.com.

⁶Doutora em Educação pela UFPB, Mestre em Educação pela UFPB, e-mail: fisioro9@gmail.com.



Artigo

dialético. **Resultados e Discussões:** Foi mediante a realização desta pesquisa que pode-se observar o nível de conhecimento, como também, a prática que cada profissional realiza para que esse matriciamento seja implementado, indicando assim a perspectiva de atuação profissional e as fragilidades referentes a capacitação e a educação permanente para os apoiadores. **Considerações Finais:** A pesquisa possibilitou conhecer os desafios na implantação do apoio matricial, como também visualizar as perspectivas da equipe acerca das práticas profissionais. Com isso, pode-se observar que os resultados da pesquisa foram positivos, sendo assim alcançado os objetivos.

Palavras-chave: Atenção Básica; Saúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

ABSTRACT - This study aimed to analyze the implementation of matrix support in basic health. **Methodology:** In order to know how is the implementation of matrix support in primary care, a survey was conducted with NASF professionals of the Municipality of Uiraúna - PB, through semi-structured questionnaires and subsequently a quantitative and qualitative study with descriptive approach -exploratória based on dialectical critical method. **Results and Discussion:** It was through this research that can observe the level of knowledge, but also the practice that each employee performs for that matricial be implemented, thus indicating the professional performance perspective and weaknesses relating to training and lifelong learning for the supporters. **Final Thoughts:** The survey allowed to know how it is being done the matrix support of the municipality, as we can also see the prospects of the team about the professional practices. Thus, it can be seen that the search results were positive, and thus achieved the objectives.

Keywords: Primary Care; Matricial; Health; Support Center for Family Health.

INTRODUÇÃO

A Política da Saúde, assim como outras políticas existentes foram conquistadas a partir de grandes influências dos movimentos sociais. Em 1988 foi um marco muito importante para a sociedade civil, pois mediante a promulgação da Constituição Federal a saúde tornou-se um direito de todos e dever do Estado. Para chegar até o modelo atual, esta política passou por diversas transformações, iniciando com a aprovação da Lei Eloy



NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO APOIO
MATRICIAL NA ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE EM MUNICÍPIO DO SERTÃO PARAIBANO

Páginas 272 a 289

Artigo

Chaves em 1923. Um dos marcos mais importantes da Política da Saúde aconteceu a partir da Reforma Sanitária que se refere ao projeto articulado ao longo do ano 1970 e 1980 no Brasil, na perspectiva de reformular o sistema de saúde, tendo como objetivo a criação de um sistema único de saúde, acabando assim com o duplo comando do Ministério da Saúde e o INAMPS. As propostas da reforma sanitária foram aprovadas durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília no ano de 1986, onde o relatório dessa conferência foi transformado em recomendações que serviram de base para a negociação dos defensores da Reforma Sanitária na formulação de diretrizes para a Constituição Federal de 1988.

Apesar de a saúde ter se tornado direito de todos e dever do estado com a promulgação da Constituição Federal, o Sistema Único de Saúde foi somente implementado em 1990 com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde. A partir daí foram surgindo mais programas no intuito de que a sociedade conseguisse usufruir o direito à saúde de forma integral. O Programa Saúde da Família - PSF foi criado em 1994 com o objetivo de reorganizar a prática assistencial a saúde no Brasil, passando a focar, priorizar a família em seu ambiente físico e social como núcleo base de atendimento à saúde. Posteriormente esta nomenclatura foi alterada para estratégia saúde da família (ESF) com a finalidade de reorganizar os serviços e reorientar as práticas profissionais de forma inovadora permitindo a ampliação e a qualificação do acesso da população aos serviços de saúde. Em 2008 é criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, que tem como objetivo dar apoio a ESF, através de atendimentos coletivos e compartilhados. É uma política composta por uma equipe multiprofissional, cujos componentes atuam juntamente com os profissionais da ESF.

Este artigo teve como objetivo analisar a implementação do apoio matricial pela equipe do NASF no município de Uiraúna, identificando a compreensão dos profissionais sobre o matriciamento na saúde básica, buscando compreender assim, a percepção que os profissionais do NASF têm acerca de suas atividades enquanto apoiadores matriciais, apontando as contribuições e desafios da prática dos profissionais NASF enquanto apoiadores na efetivação da atenção básica em saúde.

A discussão sobre a implementação do apoio matricial torna-se um meio de conhecer como este apoio está sendo executados, quais os procedimentos em relação ao caso detectado e os desafios da prática profissional diante da rotina, os pontos positivos e negativos mediante os aspectos concretos da prática profissional.



Artigo

METODOLOGIA

A pesquisa proposta foi do tipo quanti – qualitativa, que de acordo com Silva (2000), se utiliza apenas do método quantitativo, pode-se vivenciar uma situação de impossibilidade de captação do fenômeno social nas suas múltiplas dimensões. Porém, se recorrermos ao método qualitativo por si só, deve-se compreender que o mesmo está sujeito à questão da subjetividade, dado o envolvimento do pesquisador com a população. Assim sendo, deve-se considerar a contribuição do método quantitativo unido ao método qualitativo em nossas pesquisas.

O estudo foi realizado no município de Uiraúna localizado na microrregião de Cajazeiras, sua distância até João Pessoa, a capital do Estado são 476 km (quatrocentos e setenta e seis quilômetros). Sua emancipação ocorreu em 02 de Dezembro de 1953. De acordo com o site do IBGE em 2014 a população estimada é de 15.147 habitantes.

Conhecida como a terra dos músicos e sacerdotes, devido ao grande número de detentores da forte vocação do povo nessas profissões, Uiraúna é um dos principais municípios do alto sertão paraibano, com a localização privilegiada, polarizada com os Estados do Rio Grande do Norte e Ceará. A economia da cidade gira em torno do comércio e da agricultura. No setor comercial está bem diversificado, temos pequenas indústrias, produtos e serviços para todas as preferências.

Uma cidade que na educação possui creches, pré-escola, ensino fundamental, ensino médio, educação de jovens e adultos (EJA) e atualmente conta com duas faculdades privadas. Na Ação Social conta com programas importantes como: Bolsa Família, Serviço de Convivência Fortalecimento de Vínculo (SCFV), Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS) e também Conselhos Municipais. Na Política da Saúde Uiraúna conta com um hospital, um centro de saúde, uma casa de saúde e algumas unidades básicas de saúde (UBS) localizadas nos bairros onde atuam as Equipes de Saúde da Família (ESF), que possuem como suporte o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF em Uiraúna foi implantado em Maio de 2011, apresentando como finalidade dar suporte as equipes de Saúde da Família (ESF), pois a equipe que compõem esta política são profissionais que não atuam na SF. Atualmente está em funcionamento numa sala no Centro de Saúde Dr. Alexandre Fernandes, na Rua, Major José Fernandes. A equipe é formada por: duas assistentes



Artigo

sociais, uma psicóloga, uma nutricionista, uma fonoaudióloga, um fisioterapeuta, um educador físico e uma coordenadora.

O NASF não é a porta de entrada dos usuários, suas demandas chegam através de solicitações das equipes de Saúde da Família, do Ministério Público, do Centro de Referência da Assistência Social – CRAS, e do Centro de Referência Especializadas da Assistência Social – CREAS. O público alvo desta instituição são todas as pessoas que o profissional da SF detectar a necessidade do atendimento de um dos profissionais do NASF, onde são atendidos os acamados, os deficientes, as pessoas com problemas mentais, os idosos, tendo como prioridades para aquelas pessoas com situação de vulnerabilidade social.

A equipe do NASF realiza o apoio matricial nas UBS uma vez por semana, atuando juntamente com a equipe de saúde. Cada profissional possui a responsabilidade de uma equipe diferente. Com isso, os profissionais buscam detectar a situação-problema da comunidade juntamente com os ESF, para que posteriormente seja realizado a intervenção mediante o caso encontrado.

Atualmente a implementação do matriciamento é realizada por 7 profissionais, a pesquisa foi realizada no Centro de Saúde Dr. Alexandre Fernandes na cidade de Uiraúna – PB com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Foi realizada a pesquisa de forma involuntária com 6 profissionais do NASF, foram eles: fisioterapeuta, assistentes sociais, fonoaudióloga, nutricionista e educador físico. No momento da entrevista houve uma exclusão, pois o profissional estava atuando no NASF há 8 meses, e de acordo com um os critérios de inclusão e exclusão os profissionais têm que estar atuando nesta política há 1 ano.

No estudo foi adotado como critério de inclusão: os profissionais com mais de um ano de atuação e que se colocaram de forma voluntária por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). E como critérios de exclusão aqueles que se negaram a participar de forma voluntária como também se recusarem a assinar o TCLE.

Para coleta de dados, foi utilizado o instrumento da entrevista estruturada e elaborado pela pesquisadora composto por três partes, a primeira contempla os dados pessoais do entrevistado, a segunda sobre o nível de conhecimento sobre o apoio matricial e por último a conduta profissional frente ao apoio matricial.

Os dados foram coletados no mês maio de 2015, após apreciação e parecer da coordenação do projeto de pesquisa da Faculdade Santa Maria. Os dados foram coletados diretamente com o público alvo, no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nos



Artigo

turnos manhã e tarde, de acordo com a disponibilidade de cada participante na cidade de Uiraúna – PB.

Os profissionais que participaram da pesquisa foram informados de que se trata o estudo, seu propósito e objetivo, sendo deles a decisão de responder o questionamento e assinar o TCLE.

Os dados coletados foram analisados e organizados em quadros apresentando as principais informações, separando-as por grupos, com isso, tornando mais fácil e claramente obter a visão de conjunto das mesmas, como também ajudar a identificar as relações entre as informações, ao analisá-las. E posteriormente foi apresentado o meu ponto de vista com relação ao que foi coletado.

A interpretação e análise dos dados obedeceram a um procedimento de análises dos conteúdos qualitativos, que foram fornecidos pelos indicadores quantitativos.

Na fase de análise dos dados foi utilizada a abordagem quanti-qualitativa a partir da leitura estatística descritiva dos dados quantitativos, e em relação às falas dos entrevistados foi realizada de forma articulada com diversos autores que tratam do tema-chave desta pesquisa, atrelando os significados das falas dos profissionais às considerações dos autores.

RESULTADOS

No intuito de conhecer o perfil de cada participante da pesquisa, no primeiro momento da entrevista foram utilizadas questões para identificação do perfil sócio – ocupacional dos profissionais do NASF nos aspectos como gênero, período de formação acadêmica, função do entrevistado, área de atuação e o tempo que trabalha da instituição, posteriormente no ponto dois foi questionado o nível de conhecimento acerca do apoio matricial e por último foi pesquisado sobre a conduta profissional frente ao apoio matricial.



Artigo

TABELA1-IDENTIFICAÇÃO SÓCIO-OCUPACIONAL DOS PROFISSIONAIS

Entrevistados (as)	Sexo	Período de Formação Acadêmica	Área Específica de Atuação	Tempo de Atuação na Instituição
Profissional (1)	F	4 anos	NASF	2 anos e 6 meses
Profissional (2)	F	4 anos	NASF	+ ou - 5 anos
Profissional (3)	F	4 anos	NASF	3 anos
Profissional (4)	M	3 anos	NASF	2 anos
Profissional (5)	M	4 anos	NASF	2 anos e 3 meses
Profissional (6)	F	4 anos	NASF	2 anos

No que se refere ao gênero, a pesquisa demonstrou que a maioria dos profissionais atuantes são do sexo feminino, totalizando assim 4 profissionais do sexo feminino e 2 do sexo masculino. Isto nos mostra o quanto ao mercado de trabalho vêm sendo ocupado pela classe feminina, resultado obtidos através dos movimentos sociais, ao qual levaram a mulher a ter os mesmos direitos que os homens.

Com o desenvolvimento da pesquisa, foi possível identificar como está composta a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF do município de Uiraúna. Desse modo, foram registrados, 01 fisioterapeutas, 01 psicóloga, 02 assistentes sociais, 01



Artigo

nutricionista, 01 educador físico e 01 fonoaudióloga, sendo um deles excluído por não atender os critérios de inclusão.

A formação profissional contribui essencialmente para a materialização dos princípios do matriciamento, uma vez que, requer a interdisciplinaridade de conhecimentos no atendimento as demandas que chegam aos profissionais do NASF por meio de encaminhamentos feitos através das Equipes de Saúde da Família – ESF, como também, através do contato direto com os usuários nas UBS. Nesse sentido, o matriciamento considera a construção de saberes, soluções para que seja realizada a intervenção adequada para a situação problema que está sendo atendida, atendimentos em grupos e individuais como também o trabalho em equipe com outros profissionais através do compartilhamento de problemas.

NÍVEL DE CONHECIMENTO SOBRE O APOIO MATRICIAL

A questão inicial da pesquisa refere-se à concepção que os profissionais têm com relação ao Apoio Matricial.

Sendo assim, foram identificadas as seguintes falas:

“O apoio matricial vem como ferramenta para dar suporte de forma horizontal as Unidades Básicas de Saúde - UBS, falo isso com relação ao apoio matricial/NASF, através de profissionais especializados e que entendam sobre os vários problemas que as UBS enfrentam, se houver parceria entre equipe para que se produza de forma coletiva com certeza este trabalho irá fluir e trará resultados.” (Profissional 5).

“O Apoio Matricial é uma forma de organizar e ampliar a oferta dos serviços de saúde, através de uma equipe interdisciplinar, cada um com seus saberes e práticas repensando e reavaliando a conduta e o atendimento, aproximando os serviços, as redes para atuar melhor na problemática.” (Profissional 6)

“É uma metodologia para realizar a gestão dos trabalhos interdisciplinares em saúde.” (Profissional 3)



Artigo

No geral, percebe-se que os profissionais possuem uma visão ampla sobre o real significado e objetivo do apoio matricial, entendendo assim o quanto é importante a implementação do Apoio Matricial e a realização do trabalho interdisciplinar.

De acordo com o Caderno Atenção Básica (2014) e Campos e Domitti (2007), a equipe do NASF realiza seu trabalho norteado pelo referencial teóricometodológico do apoio matricial, com isso podemos dizer que este matriciamento acontece como uma forma de dar suporte às ESF, sendo considerado como uma atividade complementar, pois os profissionais atuantes no NASF são diferentes das que compõem as ESF. Os trabalhos que o NASF desenvolve com a ESF são realizados de maneira compartilhada e colaborativa através de duas dimensões: clínico-assistencial, que está direcionado ao atendimento diretamente com os usuários; e o técnico-pedagógico, que é uma ação realizada de forma educativa com e para as equipes.

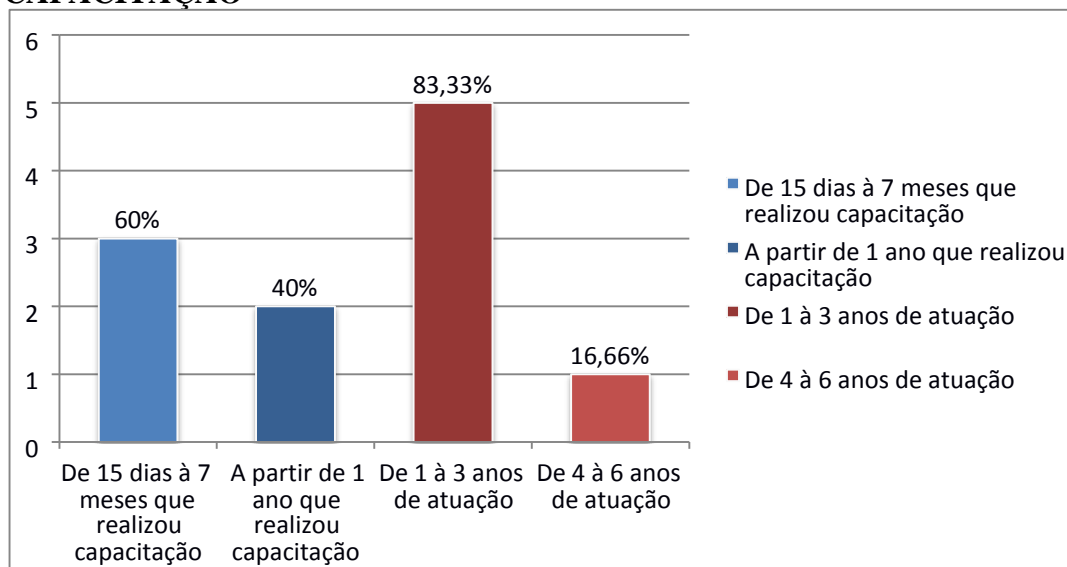
Após ter observado o entendimento dos profissionais acerca do apoio matricial, foram questionados acerca da realização de cursos de capacitação ao apoio matricial e há quanto tempo eles tinham realizado esta capacitação.

Diante do que foi pesquisado pode-se observar que a maioria dos profissionais atuantes fizeram um curso de capacitação em apoio matricial, como podemos ver 83% realizaram enquanto que 17% não realizaram. Também pode-se observar que essas capacitações aconteceram recentemente, tendo em vista que os profissionais já atuam nesta política a mais de 1 ano. Com isso, observa-se no gráfico a seguir:



Artigo

Gráfico 2 – TEMPO DE ATUAÇÃO NO NASF E TEMPO EM QUE REALIZOU CAPACITAÇÃO



Fonte: Dados da Pesquisa

Diante do que foi exposto no gráfico pode-se observar o relato dos profissionais acerca deste questionamento.

“Recentemente fiz um curso intitulado: Apoio Matricial na Atenção Básica com Ênfase nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). O curso aconteceu durante 7 meses tendo como carga horária total 180 horas, sendo 100 horas a distância e 80 horas de forma presencial.” (Profissional 5)

“Não, os conhecimentos são repassados pela coordenadora do NASF e através de pesquisas.” (Profissional 6)

Dando continuidade a pesquisa, percebendo a importância da capacitação antes da inserção profissional no mercado do trabalho, foi questionado aos profissionais diante das atividades desempenhadas dentro do NASF, na concepção deles o curso ao qual eles realizaram seria o suficiente para desempenhar as atividades no apoio matricial. Diante



Artigo

dos resultados somente um profissional considera suficiente os outros profissionais consideram insuficiente, conforme podemos observar nas falas. “Suficiente não: como tudo na vida há sempre a importância de ampliar e aprimorar cada vez mais os conhecimentos em qualquer que seja a atividade proposta.” (Profissional 2)

“Não é suficiente, deveríamos ter mais capacitação para um melhor desempenho das atividades do apoio matricial.” (Profissional 1)

“O curso ele foi o ponta pé inicial, através do mesmo podemos perceber o quanto é importante as consultas compartilhadas, a questão de agendas, de trabalhos com grupos programáticos, projeto terapêutico singular, entre outros, porém mais cursos nessa temática devem surgir para fechar as lacunas que ficaram abertas.”
(Profissional 5)

Conforme foi analisado no Caderno de Atenção Básica 39 e observando as falas dos profissionais,

[...] o início das atividades do NASF nas UBS, é recomendado que a gestão municipal ou local promova um movimento de sensibilização e construção conjunta de entendimentos, expectativas e conceitos sobre o modo de operar preconizado para esta equipe, considerando inclusive que a maioria dos profissionais, até o momento, não é formada para atuar com essa lógica de trabalho (matricial). (BRASIL, 2014. p, 37).

Baseando-se nos autores Ceccin e Feverwerker (2004), a qualificação dos profissionais da saúde, tem como base para identificação da necessidade de uma qualificação, a problematização encontrada mediante o processo de trabalho. Esta qualificação e a educação permanente buscam através de sua realização, transformar as práticas profissionais e a organização do trabalho. Esses dois procedimentos.

[...] implicam a articulação de ação para dentro e para fora das instituições de saúde, na perspectiva de ampliação da qualidade e da gestão, do aperfeiçoamento, atenção integral e do domínio do conceito ampliado de saúde [...]. (CECCIN e FEVERWERKER, 2004. p, 50)



Artigo

A CONDUTA PROFISSIONAL FRENTE AO APOIO MATRICIAL

Neste item foram pesquisadas as propostas, os procedimentos, os desafios e por fim eles relataram sobre as práticas profissionais que eles executam juntamente com os profissionais das ESF, mostrando assim, os aspectos positivos e suas fragilidades mediante implementação do matriciamento em suas respectivas UBS. Quando questionados sobre as propostas que eles apresentam para que aconteça a implementação do apoio matricial nas suas respectivas Unidade Básica de Saúde, os profissionais mencionaram:

“Produzir um espaço em que ocorra intercâmbio sistemático de conhecimentos entre várias especialidades e profissões.”
(Profissional 3)

“A unidade básica que faço esse apoio não trabalhava a questão dos atendimentos compartilhados, tendo em vista a importância que é, procurei implementar essa dinâmica e está dando certo, sempre que possível vai toda a equipe da UBS e NASF fazer as visitas de forma compartilhada.” (Profissional 5)

“Aplicar a capacidade dos casos de forma resolutiva da equipe de referência “(Profissional 2)

Tem-se observado mediante a pesquisa com os profissionais, que os profissionais do NASF do município de Uiraúna vêm implementado o apoio matricial de forma coerente, buscando está exercendo seu trabalho juntamente com a ESF nas suas UBS, como também, mantendo um contato diretamente com os usuários fazendo assim um atendimento em equipe e um atendimento compartilhado, seja ele feito na UBS como através da visita domiciliar

Sendo assim, de acordo com Caderno de Atenção Básica a implementação do NASF é direcionada a,

[...] dois ‘públicos-alvo’ diretos: as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família e os usuários em seu contexto de vida. Nessa relação é fundamental que o NASF crie mecanismos de identificação e escuta das



Artigo

demandas das equipes que possam dialogar sobre sua prática também a partir da atenção direta aos usuários. (BRASIL, 2014. p, 17)

A atuação interdisciplinar desses profissionais tem por objetivo principal ter uma qualidade nos atendimentos dentro atenção básica, através do suporte ao cuidado da saúde do usuário tanto no âmbito individual quanto no coletivo. Uma das atividades exercida por essas equipes são as intervenções aos problemas e necessidades encontradas e que são ligadas a saúde. Nesta questão pode-se observar o que os profissionais expressaram.

“Após ser detectado algum caso a partir da nossa atuação profissional, a princípio utilizamos o atendimento compartilhado da atenção, como por exemplo, o Projeto Terapêutico Singular que é útil para a construção e a organização terapêutica e o acompanhamento das ações desenvolvidas pelos diferentes profissionais envolvidos em casos complexos. Além disso, utilizamos das iniciativas próprias do município que favoreçam um trabalho integrado e que faz referência com o papel estruturante do apoio matricial proposto para a relação estabelecida entre equipes de Atenção Básica e NASF.” (Profissional 1)

“Encaminhamos o usuário à UBS para que seja atendido pelo profissional em que refere-se ao caso encontrado.” (Profissional 4)

“Dependendo dos casos os pacientes são encaminhados para os centros de saúde (no caso de pessoas que precisam de fisioterapia, raio x, CAPS, etc), muitas das vezes os casos são solucionados na própria residência, em casos específicos como acamados os pacientes são encaminhados para a fisioterapia domiciliar.” (Profissional 5)

Além dos procedimentos que foram supracitados pelos profissionais, podemos citar de acordo com o Caderno de Atenção Básica (2014) mais procedimentos que esses profissionais adotam buscando assim o objetivo de implementação do apoio matricial em conjunto com as Equipes de Saúde da Família, assim pode-se citar, por exemplo, formação e trabalhos com grupos, discussão de casos, atendimento domiciliar e compartilhado.



Artigo

Baseando-se no Caderno de Atenção Básica (2014), os trabalhos com grupos estão voltados para a educação em saúde, os profissionais procuram criar grupos como, grupos de convivência que são voltados mais para público idoso; grupos terapêuticos onde podem aplicar trabalhos voltados ao compartilhamento de experiências; grupos de mulheres abordando assuntos voltados a menopausa, crescimento dos filhos, entre outros; e os grupos motivacionais. Um dos grupos criados pela equipe do NASF do município de Uiraúna foi um trabalho voltado com as gestantes denominado de “barriga saudável”, os trabalhos voltados para esse grupo estão relacionados à questão de amamentação, direitos das gestantes, exercícios físicos para gestantes, entre outros.

O Projeto Terapêutico Singular é um instrumento voltado para casos mais complexos. Esse projeto é “construído entre a equipe e o usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade do caso.” (Brasil, 2014. p, 69). O atendimento domiciliar é realizado em primeira instância pelos profissionais da saúde da família, que após ter realizado o primeiro contato não só com o usuário, mas também com a família e o cuidador, ele consegue obter informações sobre o contexto familiar e assim diagnosticar o caso e posteriormente realizar encaminhamento para o núcleo de apoio no intuito de que possa haver o atendimento compartilhado, sendo assim discutido entre os apoiadores e a equipe de saúde a melhor forma de exercer uma intervenção eficaz para o caso que está sendo atendido.

Dando sequência a pesquisa e diante desse contexto de atuação interdisciplinar implementado por essas duas equipes multidisciplinar, questiona-se aos profissionais sobre a existência de desafios enfrentados diante da realização do apoio matricial em conjunto com as equipes de Saúde da Família. Diante disto pode-se observar o que eles relataram.

“O maior desafio é atender os pacientes que não tem condição de se locomover até a equipe de Saúde da Família.” (Profissional 4)

“Às vezes a falta de compromisso de alguns profissionais da equipe, com isso, muitas vezes a educação em saúde acaba não acontecendo devido à falta de comunicação.” (Profissional 3)

“Alguns desafios existem sim. Citaria o desinteresse dos usuários diante das atividades propostas. Por exemplo, resistência a participação aos grupos formados.” (Profissional 2)



Artigo

Mediante as falas dos profissionais pode-se observar diferentes tipos de desafios. Um dos profissionais relata o desafio de exercer uma função ao qual é uma das tarefas dele, fazer a visita domiciliar principalmente aos usuários impossibilitados de se locomover até o local de atendimento. Outros relatam a falta de compromisso tanto por parte da equipe quanto por parte dos usuários. Essas dificuldades enfrentadas pela equipe de apoio, de acordo com Campos e Domitti (2007. p, 402), está voltado para a maneira ao qual a equipe vem se organizando e com isso, “[...] precisam ser conhecidos, analisados e, quando possível, removidos ou enfraquecidos para que seja possível trabalhar-se com base em equipe interdisciplinar [...], podemos citar como exemplo voltado à questão de compromisso, seria ideal como bem vem exposto no Caderno de Atenção Básica organizar uma agenda de atividades que serão implementadas em conjunto com ambas as equipes.

Para concluir a pesquisa questionou-se a equipe os aspectos concretos que eles nos apontariam acerca da prática profissional com relação à assistência prestadas aos usuários da política da saúde, apresentando assim os aspectos positivos e negativos. Sendo assim foram registradas as seguintes falas:

“Quando você se torna apoiador, você é uma ponte entre todas as redes da atenção básica, acho que este aspecto eu estou desenvolvendo bem, cria-se um elo entre todos, com relação a ponto negativo que neste caso vejo como uma fragilidade é a conscientização do povo com relação a ter em mente que NASF não é clínica, não fazemos trabalho ambulatorial.” (Profissional 5).

“Necessidade de continuar nos casos encontrados, buscando soluções para os mesmos; ver além do indivíduo; construir uma linguagem como recurso e expandir as ações de cuidado em saúde coletiva na atenção básica do município.” (Profissional 4)

Um dos profissionais mostrou somente seus aspectos positivos, outros conseguiram mostrar todos esses aspectos. No geral, mediante as falas pode-se observar que os apoiadores conseguem desenvolver suas atividades, mesmo diante da falta de compromisso de alguns profissionais da ESF e dos usuários. Um dos apoiadores nos relatou que uma das maiores fragilidades que ele encontra, são as dificuldades que a maioria dos usuários possuem para conseguir por em prática o que se apreendeu nos



Artigo

projetos de educação em saúde, como também, a falta de recursos por parte do usuário para adquirir os objetos ao qual foram solicitados para o tratamento.

CONCLUSÕES

A Atenção Básica da Saúde – ABS é considerada a porta de entrada dos usuários do Sistema Único de Saúde. Os atendimentos são realizados através da equipe multiprofissional da Saúde da Família – SF, que trabalha na prevenção e nos cuidados da saúde da família.

Foi com base nos atendimentos das ESF e na ótica de exercer um atendimento especializado aos usuários, que foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. A implantação do NASF acontece dependendo do total de equipes da saúde da família que atendem no município e a formação da equipe para compor esta política é realizada através de estudos sobre os casos que as ESF atendem. Diante disso pode-se observar que o NASF do município de Uiraúna é o da modalidade 1, pois atualmente o município possui 6 equipes de saúde para atender a zona urbana e rural.

O apoio matricial é o referencial teórico-prático do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ele é implementado de forma individual e coletiva, através do contato direto com os usuários, como também com os profissionais de ESF, são realizados através de duas dimensões, a clínica-assistencial e a técnico-pedagógico, isto é, são trabalhos voltados a prevenção e ao cuidado seja ele a longo ou curto prazo. Essas práticas profissionais são realizadas individuais ou coletivas, trabalhando assim a integralidade do usuário.

Diante do exposto na pesquisa realizada com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do município de Uiraúna, pôde-se compreender melhor acerca da atuação dos profissionais do NASF em conjunto com a ESF, seja através de encaminhamentos ou através do contato direto com os usuários, a implementação do matriciamento acontece baseado nas diretrizes de ambas as políticas. Outra questão que pode-se observar é a falta de capacitação com os profissionais antes da inserção nesta política, como bem foi identificado que os profissionais consideram insuficiente para que seja realizado o matriciamento. Pode-se verificar também que, a inserção desses profissionais aconteceu através de indicações e que estes deveriam ser qualificados desde a sua admissão no serviço. Mediante o que foi pesquisado e com base nas análises, pôde-se observar que os profissionais do NASF, possuem amplo entendimento acerca da temática do apoio matricial, apresentando assim, suas práticas profissionais aos quais são



Artigo

voltadas aos usuários e as ESF. Diante desse matriciamento, verificou-se as dificuldades enfrentadas mediante a implementação do apoio matricial, como por exemplo, a falta de entendimento dos usuários no que se refere ao atendimento dos profissionais, a participação dos usuários nos grupos, a falta de comunicação entre as equipes, entre outros.

Por fim, vale reconhecer que, os resultados da pesquisa foram positivos sendo assim alcançado os objetivos. Os profissionais do NASF do município de Uiraúna, mostrou um amplo conhecimento das suas práticas profissionais frente a implementação do apoio matricial realizando - o dentro dos parâmetros. Vale frisar que a qualificação e a realização da educação permanente para os profissionais da área da saúde são de fundamental importância, pois, ambas visam a transformação e a organização das práticas profissionais. Sendo assim, observa-se que a implantação desta metodologia tornaria as ações profissionais mais eficazes diante dos atendimentos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Diretrizes do NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – VOLUME 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

_____. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde — SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro 2011.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 01 de maio de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde,



Artigo

Secretariade Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa e DOMITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 23, n.2, p. 399-407. Fev. 2007.

CECCIN, Ricardo Burg e FEUERWERKER, Laura C. M. **O Quadrilátero da Formação para a área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social.** Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]. Rio de Janeiro, vol. 14, n.1, p. 41-65. Janeiro/Junho. 2004.

GOMES, Karine de Oliveira *et. al.* Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva. 2011, vol.16, n.1, p. 881-892.** ISSN 1413-8123.

SILVA. Maria Ozanira da Silva e. **Execução e Avaliação de Políticas e Programas Sociais.** In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 4. Brasília: CEAD, 2000. p. 66-77.



Artigo

O BULLYING E OS DANOS À SAÚDE MENTAL

BULLYING AND DAMAGE TO MENTAL HEALTH

Emília de Rodat Ribeiro Marques¹

Emanuel Costa de Melo²

Gilsandra de Lira Fernandes³

Jonas Oliveira Menezes Júnior⁴

Alexsandra Layani Faustino de Andrade⁵

Rosângela Guimarães de Oliveira⁶

RESUMO - Objetivo: Com objetivo principal de mostrar a partir de uma revisão sistemática da literatura referente os danos à saúde mental causados pelo *bullying*; e como objetivos específicos, identificar os participantes e os fatores que os levam à prática da violência, e descrever formas de combate e prevenção. Foram então utilizados 23 artigos entre os anos de 2009 e 2017 pesquisados através do Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Rede de Revistas Científicas da América Latina e Caribe, Espanha e Portugal (Redalyc), a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILCS). A análise dos artigos proporcionou a discussão do conteúdo distribuído em 4 categorias: como identificar o *bullying* e quais os fatores associados? contexto social do *bullying*, as consequências do *bullying* e os danos à saúde mental, formas de prevenção e combate. Conclui-se que há um desconhecimento quanto ao assunto e enquanto não houver fortalecimento e conscientização das crianças e adolescentes no ambiente escolar referente as diferenças entre eles, o respeito à essas diferenças e um olhar mais

¹Psicóloga, formada pela Faculdade Santa Maria, e-mail: emiliaribeiro@gmail.com.

²Bacharel em Educação Física pela Universidade Potiguar, Natal/RN, Brasil. Especialista em Saúde da Família com Ênfase nas Linhas de Cuidados, Universidade Federal da Paraíba/UFPB, João Pessoa, PB. Brasil, E-mail: emmanuelcmelo@gmail.com

³Enfermeira, especialista em Auditoria em Serviço de Saúde, e-mail: gilsandrafernandes@hotmail.com.

⁴Psicólogo Clínico, e-mail: menezessespb@gmail.com.

⁵Enfermeira, especialista em Saúde Coletiva pela FSM, e-mail: lalinhaenf@hotmail.com.

⁶Doutora em Educação pela UFPB, Mestre em Educação pela UFPB, e-mail: fisioro9@gmail.com.



Artigo

direcionado às causas dos atos de violência que podem ser identificados no ambiente em que estes jovens convivem, os olhos continuarão fechados para o *bullying*. Portanto, o trabalho precisa ser realizado em conjunto: família, escola e comunidade, para que consigam encontrar as melhores soluções e a violência escolar seja reduzida.

Palavras-chave: Bullying; Danos; Saúde mental; Prevenção.

ABSTRACT - Objective main objective is to show from a systematic review of the literature regarding the damage to mental health caused by bullying; and as specific objectives, identify the participants and the factors that lead them to practice violence, and describe ways of fighting and prevention. A total of 23 articles were used between 2009 and 2017 through Google Academic, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Network of Scientific Journals of Latin America and the Caribbean, Spain and Portugal (Redalyc), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILCS). The analysis of the articles provided the discussion of the content distributed in 4 categories: how to identify bullying and what factors?, the social context of bullying, the consequences of bullying and damages to mental health, prevention and combat. It is concluded that there is an ignorance on the subject and as long as there is no strengthening and awareness of the children and adolescents in the school environment regarding the differences between them, respect for these differences and a more directed look at the causes of acts of violence that can be identified in the environment in which these young people live, the eyes will remain closed for bullying. Therefore, the work needs to be done together: family, school and community, so that they can find the best solutions and school violence is reduced.

Keywords: Bullying; Damages; Mental Health; Prevention.

INTRODUÇÃO

De acordo com Malta et al. (2014), o *bullying* é originado da palavra *bully*, em que traduzido do inglês significa “valentão”. É caracterizado por atos de violência, nos quais o *bully* (agressor) se dirige a uma vítima, considerada vulnerável, provocando



Artigo

insultos repetitivos com o objetivo de diminuir, humilhar e/ou constranger sem nenhum motivo aparente.

Araújo e Gomes (2014) abordam que o tema foi inicialmente pesquisado nos anos 1970, na Universidade de Bergen, na Noruega, pelo professor Dan Olweus, que investigou sistematicamente sobre o *bullying*, porém, há registros, segundo Shults et al. (2012) e Andrade (2013), de que esse fenômeno ganhou força a partir da década de 1990 no Brasil, sendo que “apelidar” se tornou algo recorrente no ambiente escolar entre jovens e crianças, considerado um dos motivos para um crescimento no número de suicídios na Europa e despertando o interesse de estudiosos em Portugal, Espanha e Estados Unidos.

Para Pereira (2002), essa agressão pode ser cometida por um pequeno grupo ou por um só indivíduo de forma frequente e em período prolongado. Ocorre, então, de forma direta, através de apelidos, agressões e ameaças, e indireta, por meio do isolamento, indiferença e *cyberbullying*, gerando danos psicológicos às vítimas (BARROS; CARVALHO; PEREIRA, 2009).

Além das formas de *bullying* mencionadas acima, ainda é possível categorizá-las quanto à tipologia:

Bullying Verbal (consiste em insultar, gozar, chamar nomes e humilhar”); Bullying Físico (bater, dar socos, empurrões, pontapés, agressões com objetos, entre outros); Bullying Psicológico (o agressor manipula a vítima emocionalmente e recorre muitas vezes à chantagem e/ ou ameaça); Bullying Social/Relacional (tem como objetivo isolar a vítima do resto do grupo e dos colegas, recorrendo a comentários abusivos, insultos, atitudes cruéis, ameaças, exclusão ou ignorar); Bullying Sexual (caracteriza-se pelo contacto físico sem o consentimento da vítima. Pode ainda contemplar os gestos obscenos, os pedidos de favores sexuais, o relacionamento obrigado, mensagens com teor sexual, entre outros); Ataques à propriedade (englobam os comportamentos de furto, de extorsão e de destruição deliberada de materiais e/ou objetos da vítima); *Cyberbullying* (o tipo de *bullying* mais recente e consiste na utilização dos meios proporcionados pelas tecnologias de informação e comunicação para ofender e causar danos à vítima) (ANDRADE, 2013, p.15-16).

O *cyberbullying* é muito recorrente no Brasil, onde se utilizam de redes de relacionamento para espalhar rapidamente mensagens de injúrias, já que esse meio de comunicação garante, de certa forma, o anonimato e a impunidade. Os agressores



Artigo

recorrem a e-mails, blogs, *The Microsoft Network* (MSN Messenger) como uma forma de multiplicar as injúrias causando o constrangimento das vítimas, como ocorre no mundo virtual, e passa a ser encarado com alto grau de perversidade, pois as consequências não podem ser calculadas (SCHULTZ et al., 2012; BARROS, CARVALHO; PEREIRA, 2009).

Diniz (2016) cita que através do *cyberbullying* o agressor pode agredir a vítima por meio de sites de relacionamentos, como o *facebook*, divulgando fotos íntimas da mesma sem o seu consentimento, este ato é denominado de *revenge porn*, no qual se age de forma anônima e através de perfis falsos.

Os autores Cunha (2015), Barros, Carvalho e Pereira (2009), Freire e Aires (2012) apontam os protagonistas do *bullying*, sendo seus alvos, as vítimas, àquelas que sofrem o *bullying*, e se apresentam passivas, quietas e inseguras, mesmo que se sintam prejudicadas não esboçam reação e nem buscam ajuda, gerando a falta de vontade em ir à escola. Futuramente podem se tornar agressores, reproduzindo o *bullying*. Os agressores ou autores são os praticantes do *bullying*. Estes possuem um perfil dominante, agressivo, impulsivo e não seguem regras. Acreditam que suas vontades devem ser atendidas e sentem-se recompensados quando ganham poder e status. Normalmente vivem em um ambiente familiar com pouco relacionamento afetivo e falha na educação.

Ainda para os autores citados acima, os alvos e autores são aqueles que tanto praticam quanto sofrem o *bullying*. As testemunhas ou observadores não praticam o ato, porém observam o que acontece e geralmente não reagem, preferem se calar para não serem também prejudicados. Mas ainda há aquelas testemunhas que incentivam o agressor.

Na maioria das vezes, essas ações passam despercebidas por adultos, como professores, diretores e pais, já que há predomínio no ambiente escolar, no qual negam a ocorrência desse fenômeno, ou por desconhecem ou por não estarem dispostos a enfrentá-lo. Como consideram essas atitudes apenas como brincadeiras de criança, não dão a devida importância, o que acaba gerando dessa omissão os comportamentos agressivos (SCHULTZ et al., 2012; LEÃO, 2010).

O valentão, ou *bully*, apesar de não ter motivo aparente para praticar tais atos, acredita que possui motivos suficientes para isso, geralmente alimentados por preconceito. Vale ressaltar, que as práticas do *bullying* não ocorrem somente na relação entre crianças e adolescentes, apesar de ter uma maior incidência, elas também podem ser encontradas nas relações entre professores e alunos e nas relações entre adultos no ambiente profissional, sendo considerado como assédio moral (LEÃO, 2010; CUNHA, 2015).



Artigo

Tal violência e agressão são algo que vem comprometendo a saúde mental das pessoas, tanto pela segregação que elas sofrem, como também pelos estigmas impostos. De fato, o *bullying* não se assemelha às brincadeiras entre amigos de colégio, ou de trabalho, de outrora, nos tempos dos nossos avós, que partiam da inocência de crianças e de momentos de descontração, com criação de uma caricatura entre colegas; muito distinto, se mostra como ato de ódio, rancor, ironia, disputa, e tantos outros sentimentos, que fazem com que, quem sofre a agressão se sinta a pior das pessoas, ou seja, seres humanos maltratando outros seres humanos!

Diante dos estudos aqui realizados, o artigo possui como objetivo geral mostrar a partir de uma revisão sistemática da literatura os danos à saúde mental causados pelo *bullying* e como objetivos específicos apontar os participantes e os fatores que os levam à prática da violência; além de identificar os meios sociais, nos quais ocorrem; e descrever as formas de combate e prevenção do *bullying*.

METODOLOGIA

Esta pesquisa se caracteriza como exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa e se baseia no método de revisão sistemática da literatura. Este método focaliza em uma determinada questão, seleciona as fontes primárias, analisa e avalia o conteúdo buscando os pontos mais relevantes e registra informações de forma abrangente explicitando os resultados encontrados (GALVÃO; PEREIRA, 2014).

Por ser passível de reprodução, o método de revisão sistemática é muito utilizado na área da saúde de forma a nortear projetos de pesquisa, portanto, a reunião dos conteúdos encontrados no material pesquisado gera resultados com novos conhecimentos, partindo de uma revisão metodologicamente delineada para que esta se torne o mais imparcial, precisa e atualizável possível (NEVES et al., 2017; MOSCARDI et al., 2018).

Os dados coletados passam por uma triagem, na qual é realizada leitura de título e do resumo para uma seleção inicial e, logo após, a leitura completa de todo o conteúdo existente para o embasamento da revisão (BRASIL, 2012).

Para que isto ocorra é preciso que seja rigorosa tecnicamente, tornando possível a identificação de falhas nas pesquisas existentes e um aprofundamento neste conteúdo descoberto, reunindo evidências para que um problema específico seja interpretado e avaliado (MOSCARDI et al., 2018).

Como forma de esclarecer, a partir da literatura, os fatores causadores do *bullying* e maneiras de combatê-los, parte-se dos seguintes questionamentos: Quais os danos à



Artigo

saúde mental causados pelo *bullying*? Como se apresenta o contexto social deste tipo de violência? Quais as formas de prevenção e combate ao *bullying*?

Primeiramente, buscou-se definir o objetivo da pesquisa, realizar buscas literárias utilizando os critérios de inclusão e exclusão, onde os artigos foram selecionados de acordo com seu título e categorias, sendo escolhidos os que mais se adequavam ao objetivo da pesquisa, depois disso os dados mais relevantes foram coletados, os resultados encontrados, discutidos e apresentados por meio da conclusão da revisão de forma crítica.

Os artigos encontrados foram pesquisados através do Google Acadêmico, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Rede de Revistas Científicas da América Latina e Caribe, Espanha e Portugal (Redalyc), a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILCS) utilizando das palavras: *Bullying*, Histórico, Fatores associados, Danos à Saúde Mental, Combate e Prevenção.

O levantamento dos estudos foi realizado entre novembro de 2017 e maio de 2018, no qual foram selecionados 23 artigos entre os anos de 2009 a 2017, levando em consideração como critério de inclusão artigos tanto em português quanto em espanhol e inglês com buscas entre os anos de 2009 e 2018. Foi assim possível e incluso, artigos com diversidade de delineamento metodológico de forma a abranger a temática pesquisada, tornando viável a realização de leituras e fichamento dos mesmos para embasar os resultados encontrados.

Sendo assim, por se tratar de uma revisão de literatura que não envolve seres humanos, não necessitou da apreciação e aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Contudo, foram respeitados os preceitos éticos, bem como as ideias com autenticidade dos autores mencionados, com alusão e referência aos mesmos.

RESULTADOS

A tabela 1 traz a relação dos artigos pesquisados e utilizados para a discussão, além dos achados e o ano respectivo de cada uma para facilitar a discussão dos resultados encontrados. Após a apresentação dos artigos, inicia-se então, a discussão proposta.



Artigo

Tabela 1: Relação de artigos para discussão por revista e ano.

ARTIGOS	ACHADOS	REVISTA	ANO
Albino Terêncio	<p>e Análise jurídica e psicológica do fenômeno conhecido como <i>bullying</i>, com vistas ao seu combate e prevenção;</p> <p><i>Bullying</i> ligado a amplas problemáticas sociais, como a intolerância e o preconceito;</p> <p>Relações entre o <i>bullying</i>, o ato de disciplina e o ato infracional;</p> <p>Necessidade de estabelecimento de um novo equilíbrio entre a responsabilidade escolar e a judicial no que tange ao combate do <i>bullying</i>;</p> <p>Propostas para sua prevenção, apontando para a necessidade de intervenções em âmbito sistêmico.</p>	Revista Eletrônica do CEAF	2012
Antunes	<p>Assédio moral associado a problemas de saúde;</p> <p>Impacto em termos sociais, psicológicos e psicossomáticos nas vítimas, familiares e colegas de trabalho;</p> <p>Afeta a satisfação e o envolvimento profissional;</p> <p>Assédio moral também designado por <i>bullying</i>;</p>	Psicologia, Saúde e Doenças	2017
Arroyo e Bofill	<p>A percepção que tem as crianças do ciclo superior sobre o <i>bullying</i>;</p> <p>Em que cenário da escola se produzem mais esses comportamentos;</p> <p>Os diferentes tipos de <i>bullying</i> (físico, exclusão social e verbal);</p>	Educación XXI	2015



Artigo

As crianças recebem mais *bullying* físico, enquanto nas meninas predomina o tipo verbal e exclusão social; No sexto ano há mais exclusão social do que no quinto ano. Onde se produzem mais condutas de *bullying* é no pátio, seguido pela sala de aula quando o professor não se encontra;

Bandeira e Hutz	Interação entre sexo e papéis de <i>bullying</i> em relação à autoestima; No grupo de vítimas/agressores, os meninos apresentaram média superior de autoestima em relação às meninas; Em relação aos meninos, o grupo de testemunhas apresentou maior média de autoestima que o grupo de vítimas; Em relação às meninas, o grupo de agressoras apresentou média mais alta que o grupo de vítimas/agressoras; O <i>bullying</i> apresenta diferentes implicações na autoestima de meninas e meninos envolvidos em diferentes papéis.	Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional	2010
Caetano, Bonvicini e Camilo	Forma de prevenir e amenizar os impactos do assédio moral; Assédio moral, seus reflexos na saúde mental do trabalhador e a possibilidade do trabalho do psicólogo; O assédio moral pode desencadear o aumento das doenças mentais,	Psicologia e Saúde em debate	2017



Temas em Saúde

Volume 19, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

	atingindo tanto a esfera emocional, social, familiar, quanto à saúde e estrutura financeira do trabalhador.		
Carretón-Ballester e Lorenzo-Solá	<p>1 em cada 4 alunos sofrem algum tipo de assédio em seus centros escolares;</p> <p>Deficiências substanciais para promover uma campanha de orientação e extensão pública desde a gestão pública para que seja eficaz;</p> <p>A maioria das mensagens se concentra em três atores: assediador, vítima e observadores;</p> <p>Uma campanha, guia e / ou protocolo efetivo em sua prevenção deve envolver um mapa de público muito mais amplo.</p>	Revista Internacional de Relaciones Públicas	2016
Cortês e Dantas	<p>O <i>Bullying</i> é um termo da língua inglesa (bully = tirano, valentão) que se refere a todas as formas de atitudes agressivas, verbais ou físicas, intencionais e repetitivas; Ocorrem sem motivação evidente e são exercidas por um ou mais indivíduos, causando dor e angústia;</p> <p>Realizadas dentro de uma relação desigual de forças ou poder;</p> <p>Presente desde sempre na vida escolar dos seres humanos;</p>	Anais do Congresso Internacional de Educação e Inclusão, CINTEDI	2014
Fernandes, Yunes e Taschetto	<p>Reflexões sobre o <i>bullying</i> escolar;</p> <p><i>Bullying</i> definido como prática violenta intencional praticada entre pares, com desigualdade de poder,</p>	Revista Sociais & Humanas	2017



O BULLYING E OS DANOS À SAÚDE MENTAL

Páginas 290 a 321

Artigo

que prejudica as relações humanas, com consequências e mudanças nas características biopsicológicas dos envolvidos;
Promoção de expressões de desenvolvimento positivo e de resiliência.

Ferreira Tavares	e Possíveis transformações de atitude agressiva em atitudes de companheirismo e solidariedade, respeito e amizade; Necessidade de desenvolvimento de ações de prevenção ao agressor; Família e os educadores estejam atentos a qualquer sinal de ação agressiva; Não há métodos diagnósticos prontos para se determinar o <i>bullyinista</i> ; Pode-se utilizar nas escolas o desenvolvimento de ações preventivas que visam a conversão de ambientes violentos em espaços de convivência amigável.	Revista Católica	da	2009
Frick	Formas de resolução de conflitos adotadas pelos professores; Relação entre os estilos de resolução de conflitos que os professores e alunos usam com a incidência e a perpetuação do bullying; Importância em preparar os profissionais da educação para trabalhar com conflitos interpessoais e com o bullying;	Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Ciências e Tecnologia		2011



Artigo

Estratégias de prevenção e erradicação do bullying.

Frick	Ações de informação, sensibilização e conscientização que incidem nas relações interpessoais de modo mais amplo; Como fomentar a vida democrática, a cooperação, as relações de amizade e o apoio no ambiente escolar; Criação de regras e à capacitação profissional; A melhora das relações interpessoais, enfatizando os sistemas de apoio entre os alunos; o desenvolvimento emocional e a autoestima; o ensino de valores sociomoraes, via desenvolvimento de habilidades sociais e desenvolvimento moral; a capacitação docente e das famílias; Estratégias governamentais brasileiras relacionadas à legislação <i>antibullying</i> aprovada em 19 estados.	Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Ciências e Tecnologia	2016
Gonçalves, Gonçalves Lima	e Significativa incidência de 'brincadeiras' de mau gosto; Entre os alunos e entre alunos e funcionários da escola; Baixa autoestima sofrida pelos alunos; Frequentes trocas de ofensas, apelidos e comentários maldosos entre os alunos;	IX Congresso Nacional de Educação - EDUCERE	2009



Artigo

Até mesmo nas produções escritas essas ofensas têm sido mencionadas;
Comportamento agressivo entre os alunos com seus vocabulários inadequados para a idade e suas produções textuais refletindo o que sentem quando agredidos verbal ou fisicamente.

Khoo	<p>O <i>mobbing</i> (<i>bullying</i>) acadêmico é um comportamento não violento, sofisticado para “desgastar” um colega emocionalmente; Estes são direcionados para o alvo através de mentiras e justificativas para que eles fiquem “ocultos” e seja difícil de provar; Valentões usam atividades de <i>mobbing</i> para esconder suas próprias fraquezas e incompetência; Os alvos selecionados são geralmente inteligentes, inovadores, grandes empreendedores, com boa integridade e princípios; As atividades de assédio normalmente progridem através de cinco fases estereotipadas que começam com um conflito menos não resolvido entre dois trabalhadores, e, finalmente, se transforma em um <i>mobbing</i> sem sentido; O resultado é sempre sofrimento físico, mental, social ou doença e,</p>	Malaysian family physician: the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia	2010
-------------	--	--	------



Artigo

	mais frequentemente, expulsão do alvo do local de trabalho; Conscientização pública, educação, aconselhamento efetivo, estabelecimento de políticas e legislações <i>antibullying</i> são necessárias para conter o <i>mobbing</i> acadêmico.		
Silva Júnior	O bullying vem sendo um problema mundial, podendo ocorrer praticamente em qualquer contexto no qual a pessoa está interagindo principalmente na escola; O bullying é considerado hoje como um fenômeno que traz consequências psicológicas e pedagógicas, para as crianças e adolescentes como também para seus familiares; Além de Transtornos emocionais, baixo rendimento na vida letiva e até formando adulto, agressivo e sem tolerância; Que consequências o bullying acarreta na vida das crianças e dos adolescentes, bem como na vida escolar e na sociedade.	Anais do Congresso Internacional de Educação e Inclusão, CINTEDI	2014
Moura, Cruz e Quevedo	O tipo de intimidação mais prevalente foi o verbal, seguido do físico, emocional, racial e sexual; O <i>bullying</i> se manteve associado com sexo masculino, com	Jornal de Pediatria	2011



Temas em Saúde

Volume 19, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

	hiperatividade, e problemas de relacionamento com os colegas; Entre as vítimas, 47,1% também provocavam <i>bullying</i> .		
Mussalem Castro	e Se define bullying como uma dinâmica de maltrato sistemática que ocorre entre iguais de maneira persistente; É considerado um problema de saúde pública devido a sua prevalência e as consequências que tem em todos os seus participantes; As investigações mostram efeitos a curto, médio e longo prazono desenvolvimento emocional e social de crianças e adolescentes; Foi verificado uma relação de bullying com patologias físicas, saúde psicossomática mental em crianças, adolescentes e na vida adulta.	Revista Médica Clínica Las Condes	2015
Oliveira et al.	Relações entre o contexto familiar e o envolvimento em situações de <i>bullying</i> escolar; Sentimentos dos pais em relação aos filhos; Algumas características e aspectos familiares estavam associados ao envolvimento de estudantes em situações de <i>bullying</i> .	Psico - USF	2015
Pigozi Machado	e A adolescência é uma etapa de intensas mudanças fisiológicas, psíquicas e relacionais; Cerca de 20% dos adolescentes (em todo mundo) apresentam	Ciência & Saúde Coletiva	2015



O BULLYING E OS DANOS À SAÚDE MENTAL

Páginas 290 a 321

Artigo

problemas de ordem mental e comportamental, sendo que metade das ocorrências dos transtornos mentais inicia-se antes dos 14 anos;
Depressão e suicídio são fatores que contribuem significativamente para o aumento de doenças e de mortalidade entre os adolescentes;
O *bullying* é definido como uma subcategoria de violência, configurada em atos agressivos, repetitivos e com assimetria de poder entre pares;
No Brasil, somente passou a ser objeto de Estudo a partir do final da década de 90 e início do ano 2000;
Para que o *bullying* ocorra é necessário que os indivíduos convivam por um período prolongado em um mesmo contexto ou ambiente;
Cyberbullying, violência entre pares que ocorre no espaço virtual, é outro tipo de *bullying* que vem sendo amplamente;
Falta de compreensão desta faixa etária sobre o que é o *bullying* e a escassez de estratégias de manejo deste tipo de agressão estudado;

Rosa

Causas que levam ao *bullying* e como este

Revista Fórum
Identidades

2010



Artigo

	<p>Interfere no processo ensino aprendizagem; Constata-se a complexidade dos fatos, estes atingem diretamente os valores culturais e morais da sociedade provenientes de problemas familiares e/ou sociais; O caminho apontado está no diálogo e prevenção em casa e na escola, com o apoio de profissionais capacitados.</p>		
Sampaio et al.	<p>Grande quantidade de participação dos estudantes investigados em atos de <i>bullying</i> (39,6%), dos quais 22,2% eram vítimas e 17,4% agressores; Raiva foi a emoção prevalentemente experimentada pelas vítimas durante as agressões que sofriam; Os agressores, em sua maioria, relataram que o fato de agredirem seus colegas não gerou emoções; A alta prevalência do <i>bullying</i>, suas características e as consequências negativas por ele acarretadas o configuram em problema de saúde pública.</p>	Texto Contexto Enferm	2015
Sierra	<p>O fenômeno do <i>bullying</i> ou assédio escolar vem aumentando sua prevalência para se tornar um problema de preocupação global; Fatores de risco e vulnerabilidade; Consequências do <i>bullying</i>; Fatores de risco associados ao <i>bullying</i>.</p>	CES Psicologia	2012



Temas em Saúde

Volume 19, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

Silva	Os atos de violência (física ou não) ocorrem de forma intencional e repetitiva contra um ou mais alunos que se encontram impossibilitados de fazer frente às agressões sofridas; Tais comportamentos não apresentam motivações específicas ou justificáveis; Os mais fortes utilizam os mais frágeis como meros objetos de diversão, prazer e poder, com o intuito de maltratar, intimidar, humilhar e amedrontar suas vítimas; Estudos revelam um pequeno predomínio dos meninos sobre as meninas; As consequências são as mais variadas possíveis e dependem muito de cada indivíduo, da sua estrutura, de vivências, de predisposição genética, da forma e da intensidade das agressões;	Cartilha 2010: Projeto Justiça nas Escolas	2010
Zoega e Rosim	Um em cada sete estudantes estava envolvido em casos de <i>bullying</i> ; Olwens publicou o livro <i>Bullying at School</i> (1993), onde propõe políticas de intervenção e faz um diagnóstico de sinais ou sintomas possíveis de agressores e vítimas; Também no Brasil, eventos trágicos têm chamado a atenção dos especialistas e do público em	Revista Unar	2009



O BULLYING E OS DANOS À SAÚDE MENTAL

Páginas 290 a 321

Artigo

geral para a questão do *bullying* nas escolas; Também em nosso país, a partir de 2006, começaram a ser implantados, em muitas escolas, Programas de prevenção ao *bullying* que tanto prejudica a autoestima do estudante e afeta, profundamente, o processo de aprendizagem.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2018.

Finalizada a pesquisa e seleção dos artigos, foi realizada leitura dos seus conteúdos, discutidos com ênfase em 4 categorias: como identificar o *bullying* e quais os fatores associados; contexto social do *bullying*; as consequências do *bullying* e os danos à saúde mental; e as formas de prevenção e combate.

COMO IDENTIFICAR O *BULLYING* E QUAIS OS FATORES ASSOCIADOS?

Em dado momento a criança ou adolescente pode apresentar falta de vontade em frequentar a escola sem revelar o motivo, queixa-se de mal-estar ao sair de casa, demonstra timidez, vergonha e ansiedade, insiste em mudar de escola, cai o rendimento escolar, perde o interesse nas atividades propostas, se isola, apresenta desconfiança, falta às aulas ou abandona a escola. Esses são alguns sinais comuns apresentados por Silva Júnior (2014) que podem ajudar a identificar o *bullying*.

As vítimas do *bullying*, geralmente acometidas pelo medo e insegurança, não buscam ajuda, são identificadas por não terem muitas amizades, serem mais afastadas dos demais e não reagirem às provocações, ocasionando em prejuízos escolares e principalmente na saúde física e mental (MOURA; CRUZ; QUEVEDO, 2011).

Gonçalves, Gonçalves e Lima (2009) acrescentam que ainda é possível perceber se a criança ou adolescente volta com a roupa suja frequentemente ou material escolar rasgado, além de hematomas pelo corpo, necessidade de dinheiro, a criança ainda pode mudar o trajeto e/ou pedir para que seja acompanhada até a escola.

O sexo masculino e alunos jovens são apontados por Silva (2010), como predominantes nos atos violentos do *bullying*, tornando-se mais aparente por utilizarem



Artigo

de força física, já as meninas costumam praticar o *bullying* através fofocas e causando isolamento.

Nesse sentido, os sinais são mais aparentes, pois apresentam-se no corpo e nas mudanças de comportamento das vítimas de *bullying*, portanto, é preciso ficar alerta a essas mudanças para que a identificação precoce possa contribuir em intervenções imediatas e mais efetivas.

Para Oliveira et al. (2015), a estrutura social familiar e de conformação podem determinar a prática do *bullying*, apontando em sua pesquisa sistemática três características recorrentes: o estado civil dos pais, a condição socioeconômica e a escolaridade dos mesmos. Os autores chegaram à conclusão de que famílias, nas quais um dos pais é o responsável, há uma maior associação com o fenômeno, principalmente se os filhos não presenciaram união conjugal, além disso um nível socioeconômico baixo é também considerado ligado ao *bullying*, contando com o estado civil e a escolaridade dos pais.

Sendo assim, os autores explicam que a monoparentalidade relacionada ao *bullying* se deve ao tempo reduzido para a interação dos pais com os filhos, gerando estresse e conseqüentemente uma falha no clima familiar que influencia no comportamento agressivo das crianças. Quanto ao fator socioeconômico, este se constitui como um causador da intolerância à diversidade e ao preconceito, intimamente ligado ao *bullying*. Já a questão de escolaridade dos pais pode gerar déficit intelectual para os filhos interferindo na falta de instrução quanto às habilidades sociais.

Situações de violência no âmbito familiar também são mencionados por Ferreira e Tavares (2009) e Oliveira et al. (2015) como influenciadores do *bullying*, pois o exemplo absorvido no ambiente doméstico pode ser reproduzido na escola, principalmente se utilizado desta violência para disciplina, aplicando punição na educação das crianças e adolescentes. Tal fato também é considerado causador do *bullying*, em que segundo FRICK (2011), a criança ou adolescente chega a vivenciar uma criação autoritária e violenta e relações deficitárias com a falta de diálogo e afeto.

Dessa forma o *bullying* estará associado à delinquência, quando Zoega e Rosim (2009) afirmam que a vítima poderá tornar-se um adulto agressivo quando a agressão sofrida na infância não for superada, causando problemas nos relacionamentos, no ambiente de trabalho, em casa e chegando a reproduzir os mesmos atos sofridos.

Quando a família costuma utilizar de provocação em relação à aparência das crianças e adolescentes na fase escolar, além de possuírem uma comunicação inadequada, contribui para o envolvimento nos casos de *bullying*. Adicionado a isso, é apontado que a saúde mental familiar (casos de depressão ou psicopatologia materna, por exemplo) e



Artigo

casos de pais alcoólatras ocasionam os sentimentos de insegurança e vulnerabilidade, influenciando nos comportamentos de *bullying* (OLIVEIRA et al., 2015).

Por outro lado, para Albino e Terêncio (2012), a família pode contribuir para a vitimização, se for configurada como superprotetora, causando a insegurança na vítima do *bullying*, principalmente se houver uma intrusão e monitoramento excessivo da criança ou adolescente por parte dos pais.

Situações de risco e vulnerabilidade, como o uso de álcool e drogas, comportamentos de risco, questões de saúde mental, como a depressão, ideação suicida são descritas por Bandeira e Hutz (2010) como adicionais para que a prática do *bullying* ocorra, no qual tanto agressores como vítimas/agressores estão inclinadas.

Contudo, as práticas do *bullying* tornam-se recorrentes dependendo do ambiente e se este está propício aos atos, sendo produto de questões sociais, na maioria das vezes não levadas em consideração na relação com este tipo de violência, sendo descrito a seguir em quais contextos sociais geralmente estes atos ocorrem.

CONTEXTO SOCIAL DO BULLYING

O *bullying* é mais facilmente praticado no âmbito escolar, local esse em que os jovens buscam aceitação, reafirmação e formas de se impor perante as regras. Geralmente os atos de violência são cometidos longe da supervisão de adultos, nos recreios, intervalos e locais de convivência, porém alguns cometem em sala de aula com a presença de professor que se demonstra omissivo à situação (FERREIRA; TAVARES, 2009; ALBINO; TERÊNCIO, 2012).

Questões sociais, ou seja, alguns valores que são aceitos na sociedade, o costume à violência, principalmente do *bullying*, encarado como normal, culto ao corpo, a individualidade e o status social, culto à utilização de força e ideologias de alguns grupos nos meios de comunicação, a masculinidade exaltada acarretando no machismo e a exclusão social advindos do preconceito (racial, homofobia e nazismo, por exemplo), podem ser fatores possíveis para a consequência da violência referente ao *bullying*, assim como a facilidade com o porte de armas para crianças e adolescentes nos Estados Unidos da América (AVILÉS, 2007 apud FRICK, 2011; FRICK, 2016).

Uma das questões mais recorrentes é a rejeição social, no qual as vítimas quase não são escolhidas para serem melhores amigas e encontram dificuldades em desenvolver competências relacionadas à ajuda ao próximo. A evasão escolar torna-se muito comum nessa fase por considerarem um ambiente inseguro e desagradável adicionado ao estresse e baixo rendimento escolar (FRICK, 2011; ALBINO; TERÊNCIO, 2012).



Artigo

No ambiente escolar só é possível de ocorrer ou não tais situações dependendo de como ela as desenvolve, ou seja, se é um local propício à tolerar as atitudes agressivas, por mais que não haja intenção direta, cultivando esses valores aceitos socialmente e até incentivando comportamentos de competição ou de colaboração exaltando o respeito, as relações de apego, o trabalho em participação com as famílias e comunidade ou se incentivam à comunicação e o apoio (FRICK, 2016).

Frick (2016) completa que permitir ou não as atitudes agressivas nos ambientes pode ser crucial para que agressores mais inseguros se manifestem, já que suas atitudes dependem do grau de aceitação e incentivo, ele sente-se mais corajoso quando presenciam os atos agressivos e se guiam através destes, o que é chamado de contágio social.

A sociedade em que o indivíduo está inserido contribui para a formação dos seus conceitos, caráter e princípios e é nessa fase em que ele necessita de mais atenção e de instrução sobre o que é valorizado socialmente para que não reproduza e perpetue o que há de negativo culturalmente, possibilitando assim uma quebra desses padrões que incentivam as práticas de *bullying*.

Já quando o *bullying* se perpetua até a fase adulta, influenciando no ambiente de trabalho, fala-se em assédio moral, que para Mussalem e Castro (2015) chega a atingir diretamente àqueles que presenciam as cenas, causando-lhes, também, os mesmos sintomas das vítimas e dos agressores, elevando a probabilidade de desenvolverem apatia, insensibilidade e falta de solidariedade e levando-os a praticarem a violência.

O assédio moral, ainda considerado *bullying*, ocorre sorrateiramente, inicialmente, assim como nas escolas, as provocações não são levadas à sério, uma vez que as consideram apenas como brincadeiras inofensivas e de mau gosto, até que perpassam ao nível de atingir a reputação da vítima, suas relações sociais, sua capacidade de expressão, acarretando em consequências na vida profissional, física e mental da mesma (CAETANO; BONVICINI; CAMILO, 2017).

A vítima de *bullying* passa por fases, tendo início com ataques e acusações referentes a erros ou desatenções cometidas pelas vítimas, no qual o agressor evita a comunicação direta para dar uma ordem, por exemplo, utilizando de outros meios, como correios eletrônicos e notas escritas (ANTUNES, 2017).

O autor supracitado descreve que no ambiente de trabalho, os ataques podem ser fabricados e as falsas acusações espalhadas entre os demais colegas, causando uma marginalização da vítima que é afastada dos acontecimentos no ambiente de trabalho, tendo seu profissionalismo ignorado e ridicularizado, as pessoas próximas a ela são ameaçadas a se afastarem e há uma maior atribuição de tarefas, muitas delas fora das



Artigo

capacidades da vítima, gerando uma sobrecarga de trabalho e, em casos extremos, as levando a pedir demissão.

Para que estas situações ocorram, segundo Antunes (2017) e Caetano, Bonvicini e Camilo (2017), o ambiente precisa ser permissivo às situações, como: sobrecarregando os trabalhadores, considerando suas funções de forma negativa, além de o ambiente se configurar como competitivo e conflituoso sem apoio aos trabalhadores por parte da organização, com falhas na comunicação e com chefes autoritários ou permissivos demais, interferindo diretamente na saúde do trabalhador e na sua capacidade de criação.

Os cenários referidos acima são advindos da violência decorrente do *bullying* no ambiente laboral, também abordado em pesquisas atuais, onde o assédio moral também se configura num formato de *bullying*, Atitudes de menosprezo e constrangimento com companheiros de trabalho passaram a ser identificadas como fenômeno social, tanto entre os mesmos, como também de gestores e empresários para com os colaboradores. Faz-se necessário aqui ressaltar que todo e qualquer formato de *bullying* traz consequências danosas à saúde de quem sofre a agressão.

AS CONSEQUÊNCIAS DO *BULLYING* E OS DANOS À SAÚDE MENTAL

O *bullying* quando sofrido na infância e quando prolongado este período estressor, pode acarretar em problemas psicológicos na criança ou adolescente quando adulto e em como atribuirão sentidos e significados às coisas. Apesar dos problemas crônicos levarem um tempo considerável para manifestação, suas consequências podem chegar ao desenvolvimento da depressão e baixa autoestima, além de problemas de relacionamentos que se constroem de maneira instável e de curta duração (SILVA, 2010; SAMPAIO et al., 2015).

A autoestima é descrita por Bandeira e Hutz (2010), como vinculada ao *bullying*, já que é considerada como fundamental para os jovens em sua socialização com os demais, se há uma autoestima baixa os mesmos terão problemas de desenvolverem a comunicação e conseqüentemente de se integrarem aos grupos. Além disso, associa-se à saúde mental e ao bem-estar psicológico e uma deficiência na mesma pode desencadear adoecimentos mentais, como depressão e suicídio.

Silva Júnior (2014) acrescenta que podem surgir sentimentos negativos, agressividade e sentimento de vingança, tendo como consequência os distúrbios emocionais e descontrole na personalidade, fazendo com que os atos sejam reproduzidos mais tarde.



Artigo

O nível de ansiedade de estudantes vítimas ou vítimas/agressoras do *bullying* é maior do que àqueles que não estão envolvidos e quando há envolvimento com o *cyberbullying* ocorre alterações psicológicas, que além da ansiedade, se adicionam a depressão e redução da empatia. As autoras abordam que o sofrimento do *bullying*, pode gerar pessoas apáticas, com comportamentos oscilantes, dispersas, com dificuldades para disciplina, foco e resolução de problemas, tornando-os adultos frágeis (PIGOZI; MACHADO, 2015).

As testemunhas, no ambiente de trabalho, também sofrem com um aumento de ansiedade e dores agudas, já que presenciam as situações e na maioria das vezes são coagidas e ameaçadas, ficando impedidas de tomarem iniciativas para as situações de violência por sentirem medo de se tornarem vítimas futuramente. As vítimas ainda são acometidas por depressão, síndrome de *Burnout*, uso e abuso de substâncias, insatisfação no trabalho, insônia, fadiga, diminuição do bem-estar que podem desencadear problemas cardíacos e diabetes (ANTUNES, 2017).

Neste ambiente, as vítimas passarão por situações de ostracismo, tendo sua rede social reduzida e o seu valor desmerecido, lhe causando sentimentos de humilhação, insegurança e inutilidade, como também as afasta dos amigos e colegas afetando a comunicação no trabalho e suas relações íntimas, sexuais, sociais e familiares (KHOO, 2010; CAETANO; BONVICINI; CAMILO, 2017).

Os *bully/vitimas* quando atuam como agressores apresentam um diagnóstico psiquiátrico de Transtorno de atenção e impulsividade, podendo ser adicionado o Transtorno Desafiador Opositivo e Transtorno de Personalidade Antissocial. Quando estes estão em posição de vítima, há uma maior probabilidade de patologia mental, como Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade associado a depressão e ansiedade, além de Transtorno Desafiador Opositivo e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (SIERRA, 2012).

Os agressores podem se tornar delinquentes futuramente, pois aprenderam durante a infância a conseguirem facilmente as coisas por meio de ameaça e violência, já os espectadores podem se acostumar com esse ambiente agressivo no qual aprenderam um tipo de comportamento frente às situações de injustiça (ARROYO; BOFILL, 2015).

Em estudo realizado por Mussalem e Castro (2015), as vítimas de *bullying* apresentam como consequência desta violência, sintomas psicossomáticos, entre eles estão: dores no corpo (cabeça, pescoço, costas), dificuldades com o sono, falta de apetite e problemas respiratórios que podem acarretar em problemas psicológicos de curto, médio e longo prazo.



Artigo

Pigozzi e Machado (2015) adicionam que há a possibilidade de ocorrerem situações de enurese noturna (fazer xixi na cama), agressão a si próprio, pertences perdidos, roupas em mau estado, lesões pelo corpo e a criança ou adolescente se queixa de fome ao sair da escola, subentendendo ter tido o dinheiro do lanche tomado pelos agressores.

Em casos mais graves pode levar ao suicídio, homicídio e esquizofrenia e por conta das dificuldades de se relacionar provocadas pelo *bullying*, a vítima poderá desenvolver fobia social, fobia escolar, transtorno do pânico, ansiedade generalizada, anorexia e bulimia, entre outros fatores psíquicos (SILVA, 2010; ROSA, 2010).

Mencionado pelos autores Carretón-Ballester e Lorenzo-Solá (2016) a OMS (Organização Mundial de Saúde) em conjunto com as Nações Unidas, revelam um resultado alarmante sobre suicídio, no qual morrem por ano no mundo cerca de 600 mil adolescentes com idades entre 14 e 18 anos em que metade dos casos está relacionado com o *bullying*, tendo maior prevalência na Europa com um índice de 200 mil mortes por ano.

As consequências mencionadas resultam de um conjunto de comportamentos recorrentes que afetam psicologicamente os indivíduos e como estes sentem-se acuados em externalizar o que estão passando, o corpo acaba por assumir esta função, refletindo, através do adoecimento, o estresse sofrido. Para que estas situações sejam reduzidas, buscam-se medidas tanto de prevenção quanto de intervenção que serão explicitados a seguir.

FORMAS DE PREVENÇÃO E COMBATE

Para Albino e Terêncio (2012), um ambiente familiar acolhedor contribui para que o trauma seja superado, do contrário, a vítima pode se isolar socialmente como uma forma de se proteger das agressões e, segundo Oliveira et al. (2015) o suporte dos pais para com os filhos, contribui para reduzir esse ciclo violento, geralmente quando esses pais interagem com os amigos dos filhos, ajudam nas atividades escolares e possuem diálogo com eles (os filhos), a probabilidade destes se envolverem com as práticas de *bullying* decaem.

Os *bullies* costumam gerar os estereótipos, desta forma, é fundamental trabalhar a conscientização tanto nas escolas quanto em outros ambientes, não separando o agressor (como apenas àquele a ser punido) da vítima (como àquele a receber auxílio), entendendo que ambos necessitam dessa orientação. Os pais devem ser inclusos na conscientização do combate do *bullying*, de forma em que sejam alertados sobre seus comportamentos



Artigo

com os filhos que podem influenciar tanto para a violência quanto para a inibição, informando-os para a necessidade de elogiar os acertos das crianças ou adolescentes, incentivando-os a serem mais confiantes e seguros e possibilitando a denúncia. (ALBINO; TERÊNCIO, 2012).

Na escola, os profissionais precisam de orientação para identificar, diagnosticar e encaminhar os casos corretamente, entendendo que este ambiente contribui para o desenvolvimento da personalidade dos alunos e que os atos de violência podem interferir negativamente neste processo, precisando, assim, desenvolver iniciativas de forma preventiva junto à comunidade escolar (GONÇALVES; GONÇALVES; LIMA, 2009).

A moral é um dos temas importantes a serem discutidos nas escolas, pois para Gonçalves, Gonçalves & Lima (2009) ela se constrói nas relações, em que a pessoa aprende sobre limites e respeito que se estabelecem na troca de opiniões entre os sujeitos, sendo inclusa na educação o repasse dessa temática para os alunos, no convívio, lhes permitindo emitir e compartilhar seus pensamentos através da linguagem, que uma vez reprimida, reflete futuramente em dificuldades de comunicação.

É preciso também focalizar nas testemunhas e incluí-las nos programas de prevenção, pois estas tanto podem incentivar quanto inibir as ações do agressor, é necessário também promover conhecimentos sobre o assédio moral, principalmente no contexto das organizações e as formas de combatê-lo, além da intolerância zero para com estes comportamentos (ALBINO; TERÊNCIO, 2012; ANTUNES, 2017).

Silva Júnior (2014) descreve que a escola possui papel fundamental em assuntos como caráter, respeito e cidadania, devendo trabalhar isso nas salas de aula com o objetivo de formar cidadãos conscientes e que saibam se proteger dessas situações violentas, então, segundo Fernandes, Yunes e Taschetto (2017), trabalhar a resiliência entre os sujeitos se faz importante para que consigam também encontrar formas de superar e enfrentar as consequências dessas situações estressantes, levando em consideração que a resiliência pode ser trabalhada em qualquer âmbito e direcionada a indivíduos, grupos e organizações.

De acordo com uma pesquisa realizada por Cortês e Dantas (2014), na cidade de Aracari-RN, as escolas buscam discutir o assunto através de rodas de conversas, diálogos e campanhas e em conjunto com a família, procuram formas de identificar situações reais e intervir com procedimentos capazes de combater. Nos casos de maior gravidade, encontram parcerias com os serviços públicos de saúde e a assistência social.

Em suas pesquisas pelo Brasil, Brasil (2012) descreve algumas intervenções governamentais com projetos de lei *antibullying*, revelando que no ano de 2015 foi criado o projeto de Lei nº 13.185 com o Programa de Combate à Intimidação Sistemática



Artigo

(Bullying) à nível nacional, no qual estabelecimentos recreativos deveriam promover ações para prevenir, combater e diagnosticar o *bullying* e os Estados e Municípios deveriam elaborar e propagar relatórios referentes ao *bullying* para que medidas fossem tomadas. Além disso, buscar capacitar os professores, orientar pais e familiares, fornecendo apoio psicológico, campanhas educativas e estimular respeito, empatia e cidadania.

Ainda é possível a criação de programas que tenham como foco as diferenças de gêneros, já que o *bullying* para ambos é praticado e sofrido de formas diferentes. O interesse em investigar os fatores que possam estar ligados aos adolescentes envolvidos com o *bullying* pode ajudar a compreender as situações, entre elas a relação com a família e professores, o desempenho escolar e o *bullying* sofrido (PIGOZI; MACHADO, 2015).

Programas de intervenção, criados especificamente nos ambientes de trabalho, como linhas telefônicas para denúncias, de forma a intervir na prática do assédio, são defendidas por Antunes (2017) para que se crie ambientes mais seguros, além de implementarem serviços de saúde pública, considerando a saúde tanto de vítimas quanto de agressores.

As regras de comportamentos precisam ser bem estabelecidas e esclarecidas nas organizações através dos estatutos e propagado entre os colaboradores, evitando comportamentos profissionais inadequados que podem prejudicar a qualidade dos serviços, o clima organizacional, aumento na rotatividade, custos judiciais e de substituição de colaboradores, fazendo com que a imagem da empresa decaia (CAETANO; BONVICINI; CAMILO, 2017).

Segundo os autores, uma das soluções viáveis é a presença de um psicólogo na organização realizando trabalhos com treinamento de pessoas, gerando um processo educativo e de aprendizagem com o intuito de prevenir e intervir nos casos de assédio moral, podendo contar com o auxílio de outros profissionais como um pedagogo empresarial e o gestor de RH.

É oportuno aqui colocar, que as ações e o trabalho precisam ser em conjunto, na escola, se faz necessária a união de pais, corpo docente, crianças e adolescentes e a comunidade, iniciando atividades de conscientização e educação a respeito do tema e as consequências do mesmo, além de capacitação para que intervenções sejam construídas e aplicadas como forma de reduzir e prevenir a violência. Nas organizações, deve haver preocupação por parte dos gestores com o bem-estar dos colaboradores e com as situações desagradáveis que venham a ocorrer neste ambiente, pois assim torna-se possível a mediação de providências que gere um local de trabalho agradável, comunicativo e respeitoso, contribuindo para o crescimento da empresa.



Artigo

CONCLUSÕES

Diante do que foi exposto, o *bullying* é considerado um tipo de violência que pode reunir as mais variadas delas, tanto verbal, quanto física e psicológica. Sua prevalência na infância não possui tanta visibilidade por parte dos adultos devido ao ambiente no qual impera, que é a escola, em que se fecham os olhos para as consequências que pode causar às crianças e adolescentes por acreditarem em apenas brincadeiras da idade.

Essas situações de descaso adicionado ao medo para com os agressores, impede as vítimas de denunciarem a violência sofrida, gerando danos à curto, médio e longo prazo que se tornam irreversíveis e reproduzidos quando atingem a fase adulta. Ou ainda na adolescência, por não acreditarem em uma solução, podendo chegar a situações mais graves.

Dentre elas estão os danos psicológicos que se desenvolvem através dos transtornos causados pelo *bullying* e não só nas vítimas, mas também nos espectadores e agressores que podem presenciar, sofrer e talvez repetir os atos mais tarde, dificultando o seu convívio nas relações sociais, afetivas, familiares e nos ambientes de trabalho.

Em casos mais danosos, o jovem pode desencadear ideações suicidas e chegar a cometer o ato, como também se envolver em situações perigosas e delinquentes. Então, para que esse quadro seja revertido, escolas, famílias e comunidades mais alertas, buscam elaborar formas de combate e prevenção ao *bullying*, identificando as situações de violências, assim como os participantes, tomando as medidas necessárias quando a situação já está avançada e encontrando maneiras de informar a população e a escola sobre a violência em uma tentativa de reduzi-la.

Tudo isso é fundamental, para que os atos não sejam reproduzidos posteriormente, principalmente nos ambientes de trabalho, de forma a hostilizar e humilhar os demais colaboradores, levando-os ao desmerecimento profissional e até à situações constrangedoras e de demissão.

Há um desconhecimento quanto ao assunto e enquanto não houver fortalecimento e conscientização das crianças e adolescentes no ambiente escolar referente as diferenças entre eles, o respeito à essas diferenças, locais de trabalho mais conscientes e um olhar mais direcionado às causas dos atos de violência que podem ser identificados no ambiente em que estes jovens e adultos convivem, os olhos continuarão fechados para o *bullying*.

Portanto, o trabalho precisa ser realizado de forma integrada entre família, escola, comunidade e organizações para que consigam encontrar as melhores soluções e a violência seja minimizada, reduzindo também a violência cometida por vítimas do



Artigo

bullying quando chegam à idade adulta, valorizando as potencialidades dos jovens e não menosprezando suas limitações.

É fato que as consequências do *bullying* não se encontram restringidas à fase escolar, e se prolongam ao ambiente de trabalho. Assim, a ajuda e atenção às vítimas e aos agressores, é importante no tocante a conscientização das emoções por eles vivenciados, sendo importante para que se sintam apropriados de lidar com a diversidade das circunstâncias de violência ou conflito em que estejam envolvidos.

Ações coletivas se destacam em detrimento às individuais, pois uma abordagem elencada a princípios de educação e saúde pública necessita atingir outros setores e incluir comunidade escolar, ambientes laborais e contextos sociais diversos, a partir do desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar e intersetorial, com iniciativas políticas de estímulo à inserção de profissionais da saúde nestes ambientes, para que estratégias de promoção e educação em saúde sejam desenvolvidas.

Tais ações sem dúvidas, irão oportunizar as pessoas agredidas, um ambiente entendido como seguro e favorável à manutenção de saúde mental, além da solidificação de habilidades pessoais para irem à luta por um cotidiano livre dessas atitudes desumanas e mesquinhas, que tanto fazem sofrer os agredidos nas fases mais significativas das definições dos seus “eus”.

REFERÊNCIAS

ALBINO, Priscilla Linhares; TERÊNCIO, Marlos Gonçalves. Considerações críticas sobre o fenômeno do bullying: do conceito ao combate e à prevenção. **Revista Eletrônica do CEAf. Porto Alegre–RS, Ministério Público do Estado do RS**, v. 1, n. 2, 2012.

ANDRADE, Luísa Carina Figueira. Bullying e Cyberbullying: um estudo num contexto escolar particular cooperativo. **Tese de Doutorado**, 2013.

ANTUNES, José. Assédio Moral no Trabalho: Revendo a Evidência. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 18, n. 3, p. 669-680, 2017.

ARAÚJO, Jayann Batista de; GOMES, Fabio José Cardias. A perspectiva do professor diante do bullying no âmbito escolar. **Itinerarius Reflectionis**, v. 10, n. 1, 2014.



Artigo

ARROYO, Rosario Ruiz; BOFILL, María Riuró; CID, Montse Tesouro. Estudio del bullying en el ciclo superior de primaria. **Educación XXI**, v. 18, n. 1, p. 345-368, 2015.

BANDEIRA, Claudia de Moraes; HUTZ, Claudio Simon. As implicações do bullying na auto-estima de adolescentes. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**. São Paulo, v.14, n. 1, jan/jun, p. 131-138, 2010.

BARROS, Paulo Cesar; CARVALHO, João Eloir; PEREIRA, Beatriz Oliveira. Um estudo sobre o bullying no contexto escolar. **IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE**. III Encontro Sulbrasileiro de Psicopedagogia, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de ensaios clínicos randomizados. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. BUEHLER, Anna Maria; FIGUEIRÓ, Mabel Fernandes; CAVALCANTI, Alexandre Biasi; BERWANGER, Otávio (Orgs.). **Editora do Ministério da Saúde**, Brasília, v.1, 2012.

BRASIL. Projeto de Lei nº 236, de 2012. **Reforma do Código Penal Brasileiro**. Senado Federal, Brasília, 2012. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/106404>. Acesso em: maio de 2018.

CAETANO, Silvana Silva; BONVICINI, Constance Rezende; CAMILO, Thiago Moura. Assédio Moral e Saúde Mental nas Organizações de Trabalho. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 2, n. 2, p. 1-13, 2017.

CARRETÓN-BALLESTER, María Carmen; LORENZO-SOLÁ, Francisco. La Teoría Situacional de los públicos en las guías sobre acoso escolar. Análisis para una campaña sobre el acoso escolar como problema social. **Revista Internacional de Relaciones Públicas**, v. 6, n. 11, p. 05-26, 2016.

CORTÊS, Túlio Gabriel Dantas; DANTAS, Maria Neuza da Silva. Bullying: um fenômeno novo, mas nada contemporâneo. In: **Anais do Congresso Internacional de Educação e Inclusão, CINTEDI**. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2014.



Artigo

CUNHA, Ana Lígia da. Dos oito aos oitenta: bullying sênior: emergência e preocupações acerca de um fenómeno (des) conhecido. **Tese de Doutorado**, Universidade Católica Portuguesa, 2016.

DINIZ, Maria Helena. “Bullying”: responsabilidade civil por dano moral. **Revista Argumentum**, v. 17, p. 17-43, 2016.

FERNANDES, Grazielli; YUNES, Maria Angela Mattar; TASCETTO, Leonidas Roberto. Bullying no ambiente escolar: o papel do professor e da escola como promotores de resiliência, **Revista Sociais & Humanas**, v. 30, n. 3, p. 141 – 154, 2017.

FERREIRA, Juliana Martins; TAVARES, Helenice Maria. Bullying no ambiente escolar. **Revista da Católica, Uberlândia**, v. 1, n. 2, p. 187-197, 2009.

FREIRE, Alane Novais; AIRES, Januária Silva. A contribuição da psicologia escolar na prevenção e no enfrentamento do Bullying. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 16, n. 1, 2012.

FRICK, Loriane Trombini. As relações entre os conflitos interpessoais e o bullying: um estudo nos anos iniciais do ensino fundamental de duas escolas públicas. **Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Ciências e Tecnologia**, Universidade Estadual Paulista, 2011.

FRICK, Loriane Trombini. Estratégias de prevenção e contenção do bullying nas escolas: as propostas governamentais e de pesquisa no Brasil e na Espanha. **Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Ciências e Tecnologia** – Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2016.

GALVÃO, Taís Freire; PEREIRA, Mauricio Gomes. Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, p. 183-184, 2014

GONÇALVES, Silvia Regina; GONÇALVES, Margarete Virginia; LIMA, Jacques Ferreira. A Linguagem do Bullying: A Violência Refletindo na Fala e Escrita dos



Artigo

Adolescentes. **IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE**. III Encontro Sulbrasileiro de Psicopedagogia, 2009.

KHOO, Siew Beng. Academic mobbing: Hidden health hazard at workplace. **Malaysian family physician: the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia**, v. 5, n. 2, p. 61, 2010.

LEÃO, Letícia Gabriela Ramos. O fenômeno bullying no ambiente escolar. **Revista FACEVV, Vila Velha**, v. 4, p. 119-135, 2010.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Bullying e fatores associados em adolescentes brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 131-145, 2014.

MOURA, Danilo Rolim; CRUZ, Ana Catarina Nova; QUEVEDO, Luciana de Ávila. Prevalência e características de escolares vítimas de bullying. **Jornal de Pediatria**, v. 87, n. 1, 2011.

MOSCARDI, Eduardo et al. O uso das revisões bibliométrica, sistemática e integrativa de literatura para compreender o conceito de informação turística. **Revista Turismo & Desenvolvimento**, v. 1, n. 27/28, p. 1821-1830, 2018.

MUSSALEM, Ricardo B.; CASTRO, Paulina O. Qué se sabe de bullying. **Revista Médica Clínica las Condes**, v. 26, n. 1, p. 14-23, 2015.

NEVES, Leticia de Oliveira et al. Revisões sistemáticas da literatura: parte I. **PARC Pesquisa em Arquitetura e Construção**, v. 8, n. 3, p. 141-143, 2017.

OLIVEIRA, Wanderlei Abadio et al. Interfaces entre família e bullying escolar: uma revisão sistemática. **Psico-USF**, v. 20, n. 1, p. 121-132, 2015.

PIGOZI, Pamela Lamarca; MACHADO, Ana Lúcia. Bullying na adolescência: visão panorâmica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 11, 2015.



Artigo

ROSA, Maria José Araujo. Violência no ambiente escolar: refletindo sobre as consequências para o processo ensino aprendizagem. **Revista Fórum Identidades**, 2010.

SAMPAIO, Julliane Messias Cordeiro et al. Prevalência de bullying e emoções de estudantes envolvidos. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 24, n. 2, abr/Jun, 2015.

SCHULTZ, Naiane Carvalho Wendt et al. A compreensão sistêmica do bullying. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 2, p. 247-254, abr./jun. 2012.

SIERRA, Pilar Arroyave. Factores de vulnerabilidad y riesgo asociados al bullying (Vulnerability and risk factors associated with bullying). **CES Psicología**, v. 5, n. 1, p. 118-125, 2012.

SILVA, Ana Beatriz Barbosa. Bullying. **Cartilha 2010: Projeto Justiça nas Escolas**. Brasília, Brasil, v.1, 2010.

SILVA JÚNIOR, Eraldo Francisco da. Como Combater o Bullying na Escola e na Sociedade. In: **Anais do Congresso Internacional de Educação e Inclusão, CINTEDI**, 2014.

ZOEGA, Maria Tereza Silveira; ROSIM, Mirivaldo Antonio. Violência nas escolas: o bullying como forma velada de violência. **Revista Unar**, Araras, v. 3, n. 1, p. 13-19, 2009.



Artigo

**PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À
TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL**

**EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL PROFILE OF PATIENTS SUBMITTED
TO RENAL REPLACEMENT THERAPY**

Antonio José Barbosa Neto¹

Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa²

Cícera Amanda Mota Seabra³

Maura Vanessa Silva Sobreira⁴

RESUMO - Compreender o perfil dos usuários submetidos à terapia de substituição renal em um serviço de referência. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizada no Centro de Hemodiálise de Cajazeiras- PB. A amostra consistiu de 47 pacientes que restaram após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. As informações foram colhidas por entrevista com os pacientes e os dados clínicos captadas através de registro dos prontuários. Utilizamos um instrumento próprio semiestruturado, contendo itens referentes ao perfil sociodemográfico e variáveis clínicas. Os dados foram plotados no Microsoft Office Excel® e, posteriormente, a realizada análise estatística pelo software SPSS versão 25.0®. A pesquisa encaminhada para a Plataforma Brasil foi designada e apreciada pelo do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (CEP – FSM) – Cajazeiras – PB aprovada sob número do CAAE: 74317317.3.0000.5180 que comprova está de acordo com as diretrizes e normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. **RESULTADOS:** De um total de 47 pacientes entrevistados, 63,8% eram do sexo masculino. Em relação a raça, a grande maioria, 55,3% dos pacientes se autodeclararam pardos. Levando-se em conta a faixa etária,

¹ Acadêmico do Curso de Bacharelado em Medicina da Faculdade Santa Maria (FSM), Cajazeiras/PB-; [ajbneto_@hotmail.com](mailto:ajbneto@hotmail.com);

² Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Professora do Curso de Medicina da Faculdade Santa Maria (FSM) Cajazeiras/PB;

³ Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Regional do Cariri. Professora do Curso de Medicina da Faculdade Santa Maria (FSM) Cajazeiras/PB;

⁴ Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Professora do Curso de Medicina da Faculdade Santa Maria (FSM) Cajazeiras/PB.



Artigo

aqueles que estão entre 24 e 59 anos somam 57,4% do grupo estudado. Quando indagados sobre o nível de escolaridade a maioria 44,7% relatam ter o ensino fundamental, enquanto 36,2% são analfabetos. Quanto a situação conjugal 53,2% dos pacientes estão casados ou vivem uma união estável. Em relação a renda familiar, 66% do total sobrevivem com 01 salário mínimo. Quando perguntados sobre suas ocupações, 36,2% são aposentados e 23,4%, recebem benefício do governo federal. Os pacientes economicamente ativos somaram 40,4% do total. Entre o tempo de tratamento pré-dialise, a grande maioria 63,8%, só iniciaram a TSR após o primeiro ano de tratamento conservador. Acerca dos diagnósticos prévios que os levaram a necessitar dessa modalidade terapêutica destacam-se a nefropatia hipertensiva em 55,3% dos casos. Em relação ao tipo de acesso vascular, a esmagadora maioria 89,4% possuía fístula arteriovenosa. O estudo revelou que 80,9% dos pacientes relataram já ter necessitado de hemotransfusões e, 72,3% nos deram respostas afirmativas quando perguntados sobre internações hospitalares prévias. Durante o estudo, 100% dos pacientes apresentavam diagnósticos negativos, para doenças infectocontagiosas. Entre os principais sintomas que apresentavam durante as sessões de diálise, 51,1% referem ter câimbras. A tontura está presente em 21,3% do total. Ressalta-se que 29,8% negam sintomas durante o tempo em que realizam a TSR. Em relação as medicações utilizadas pelos pacientes, 93,6% referem fazer uso de anti-hipertensivos. O ligante do fosfato é usado por pelo menos 29,8% dos entrevistados. Já o AAS, 72,2% relatam não fazer uso. **CONCLUSÃO:** Os resultados nos permitiram constatar que apesar de ser uma doença crônica potencialmente prevenível, na grande maioria dos casos, há um certo descontrole dos fatores de risco que culminam em tal condição. Do ponto de vista clínico, a maioria dos pacientes apresenta-se estável, com suas doenças de base controladas e realizando exames e consultas especializadas periodicamente. No entanto, verificou-se a necessidade de preenchimento dos prontuários de forma mais completa, a fim de garantir que as informações clínicas dos pacientes estejam asseguradas e de fácil acesso.

Palavras-Chave: Terapia de Substituição Renal; Hemodiálise; Perfil de Saúde.

ABSTRACT - To understand the profile of patients undergoing renal replacement therapy in a referral service. **METHOD:** This is a cross-sectional, descriptive and quantitative study performed at the Hemodialysis Center of Cajazeiras - PB. The sample consisted of 47 patients who remained after applying the inclusion and exclusion criterias.



Artigo

The information was collected by interview with the patients and the clinical data obtained through the registry of the medical records. We used our own semistructured instrument, containing items related to sociodemographic profile and clinical variables. The data were plotted in Microsoft Office Excel® and later performed statistical analysis using SPSS software version 25.0. The research submitted to the Brazil Platform was designated and appreciated by the Research Ethics Committee of the Faculdade Santa Maria (CEP-FSM) - Cajazeiras- PB approved under number of the CAAE: 74317317.3.0000.5180, which proves that it is in accordance with the guidelines and norms of Resolution 466/2012 of the National Health Council / Ministry of Health.

RESULTS: Of a total of 47 patients interviewed, 63.8% were male. Regarding race, the vast majority, 55.3% of the patients self-described browns. Taking into account the age group, those between 24 and 59 years old accounted for 57.4% of the study group. When asked about the level of schooling the majority 44.7% reported having primary education, while 36.2% are illiterate. Regarding the marital situation 53.2% of the patients are married or live in a stable union. In relation to the family income, 66% of the total survives with 01 minimum wage. When asked about their occupations, 36.2% are retirees and 23.4%, receive benefits from the federal government. The economically active patients accounted for 40.4% of the total. Between the pre-dialysis treatment time, the vast majority 63.8%, only started the RRT after the first year of conservative treatment. Regarding the previous diagnoses that led them to need this therapeutic modality, hypertensive nephropathy stands out in 55.3% of the cases. Regarding the type of vascular access, the overwhelming majority (89.4%) had arteriovenous fistula. The study revealed that 80.9% of patients reported having needed blood transfusions, and 72.3% gave us affirmative answers when asked about previous hospitalizations. During the study, 100% of patients had negative diagnoses for infectious diseases. Among the main symptoms they presented during the dialysis sessions, 51.1% reported having cramps. The dizziness is present in 21.3% of the total. It is noteworthy that 29.8% deny symptoms during the time they undergo RRT. Regarding the medications used by the patients, 93.6% reported using antihypertensive drugs. The phosphate binder is used by at least 29.8% of the respondents. The AAS, 72.2% reported not to use.

CONCLUSION: The results allowed us to verify that despite being a potentially preventable chronic disease, in the great majority of cases, there is a certain lack of control of the risk factors that culminate in such condition. From the clinical point of view, the majority of patients are stable, with their underlying diseases controlled and performing periodic exams and specialized visits.



Artigo

However, there was a need to fill out medical records more fully to ensure that patients clinical information is secure and easily accessible.

Keywords: Renal Replacement Therapy; Hemodialysis; Health Profile.

INTRODUÇÃO

Doença renal crônica é um termo genérico utilizado para nomear as alterações heterogêneas que afetam os rins, tanto a estrutura quanto a função. A elevação de sua prevalência na população mundial e o grande impacto que ela proporciona na morbimortalidade dos indivíduos acometidos fez com que essa condição se apresentasse como um grave problema de saúde pública (PINHO; SILVA; PIERIN, 2015). Trata-se de uma patologia de curso prolongado, insidioso e que não manifesta sintomas na maior parte do tempo de sua evolução, isto é, até os rins tornarem-se insuficientes (BRASIL, 2014).

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) é uma condição clínica progressiva e frequente na senilidade visto que, suas principais causas coincidem com as patologias mais comuns durante essa fase da vida, como é o caso, por exemplo, da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Assim, o aumento da expectativa de vida da população tem como consequência direta uma expansão no número de casos de IRC (SESSO et al., 2015).

Ademais, muitos outros fatores estão relacionados tanto à etiologia quanto à progressão para perda de função renal. Nesse contexto, inserem-se as neoplasias, doenças genéticas, metabólicas e hereditárias bem como as infecções crônicas graves podem desencadear o aparecimento de IRC. Somado a isso, o uso de drogas e/ou suplementos alimentares que sobrecarregam a função renal são fatores agravantes do quadro (MELO; BEZERRA; SOUSA, 2014).

O tratamento conservador da IRC é complexo e multidisciplinar, exige não só da equipe de saúde como também o paciente tem uma parcela importante de contribuição. São necessárias além da terapia medicamentosa, as mudanças de comportamento e do estilo de vida. Segundo Mello; Moreira (2016), a IRC afeta diferentes dimensões do ser humano – física, psicológica, econômica e social – assim esses pacientes dependem de cuidados específicos e uma atenção familiar efetiva tanto na escolha quanto na adesão ao tratamento.



Artigo

Por isso, quando não obtém sucesso nesse tratamento, grande parte dos pacientes tem na terapia de substituição renal (TSR) ou simplesmente hemodiálise um recurso final da terapêutica antes do transplante renal. A diálise é um tratamento que visa simular a função de filtração dos rins, retirando as substâncias tóxicas, o excesso de água, íons e sais minerais do organismo, reestabelecendo assim uma nova situação de equilíbrio hemostático. Seu principal objetivo é minimizar os sintomas desencadeados pelo mau funcionamento dos rins e proporcionar ao paciente uma melhoria na qualidade de vida (MACHADO; PINHATI, 2014).

O Brasil concentra o terceiro maior programa de diálise crônica do mundo e engloba uma população mais jovem e com melhores índices de morbimortalidade comparada aos europeus (OLIVEIRA-JUNIOR; FORMIGA; ALEXANDRE, 2014). No entanto, segundo Santos et al. (2015) o crescente aumento do número de pacientes em TSR tem implicações imprescindíveis para as políticas públicas de saúde pois são de elevado custo e 85% a 95% da terapêutica é subsidiada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante desse contexto, emergiram os seguintes questionamentos acerca da temática: Qual o perfil sócio demográfico e clínico dos usuários submetidos à TSR em serviço público regional? Quais as principais causas que desencadearam a necessidade da TSR entre os componentes desse grupo de usuários?

Nesse sentido, destaca-se a importância de estudar o perfil dessa clientela e investigar as causas que desencadearam a necessidade da terapêutica, reconhecendo quem são os indivíduos que estão sob o risco de desenvolver essa condição. Assim, os frutos deste servirão de subsídio na elaboração de políticas que visem à prevenção dessa conjuntura que tem grande impacto sobre a qualidade de vida do sujeito bem como é uma alternativa onerosa ao sistema de saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizada no Centro de Hemodiálise de Cajazeiras- PB, anexo ao Hospital Regional de Cajazeiras (HRC). Este serviço de é oferecido por uma clínica particular conveniada 100 % ao SUS. Funciona de segunda a sábado e, atualmente constitui-se por 02 salas brancas possuindo 13 máquinas de hemodiálise



Artigo

A população desse estudo foi composta por 70 pacientes dialíticos usuários do Centro de Hemodiálise de Cajazeiras- PB. A amostra consistiu de 47 pacientes que restaram após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Para tanto, os incluídos nesse estudo necessitavam apresentar pelo menos 18 anos e DRC diagnosticada, estando em terapia dialítica. Os excluídos da pesquisa foram aqueles que sejam incapazes de responder aos quesitos por algum tipo de problema neurológico, que estejam realizando diálise de urgência ou apresentem prontuários preenchidos de forma incompleta.

As informações foram colhidas por entrevista com os pacientes durante as sessões de hemodiálise e as informações clínicas específicas captadas através de registro dos prontuários disponíveis no local. Para obtenção dos dados, utilizamos um instrumento próprio semiestruturado o qual está dividido em duas partes. A primeira consta-se de itens referentes ao perfil sociodemográfico dos pacientes: Sexo, raça, faixa etária, escolaridade, situação conjugal, renda familiar e ocupação. Essas informações podem ajudar na elucidação dos principais grupos de risco para DRC.

A segunda parte foi composta pelas variáveis clínicas que se relacionam diretamente com a DRC. Entre elas estão o tempo de tratamento conservador, o principal diagnóstico que desencadeou a doença, bem como o tipo de acesso, necessidade de hemotransfusão e/ ou internação hospitalar, os principais sintomas apresentados durante o tratamento e os medicamentos utilizados. Também realizou-se a investigação de doenças infectocontagiosas nesse grupo de pacientes.

Ao final do procedimento de coleta e identificação dos dados, estes foram plotados e armazenados no Microsoft Office Excel® e, posteriormente, a análise estatística foi realizada com base no cálculo da prevalência bruta e estratificada de cada variável analisada pelo software SPSS versão 25.0®. Os cálculos foram feitos no mesmo software. Com base nesta análise foram elaboradas tabelas contendo frequência absoluta e percentual, inclusive analisada por sexo e em seguida confrontados e discutidos com a literatura pertinente.

A pesquisa encaminhada para a Plataforma Brasil foi designada e apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (CEP-FSM) – Cajazeiras- PB aprovada pelo CAAE: 74317317.3.0000.5180, o qual comprova que a pesquisa está de acordo com as diretrizes e normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que versa sobre a participação de pessoas em pesquisas, atendendo aos aspectos éticos de consentimento do serviço, de sigilo e anonimato dos participantes, com observação e preservação nos princípios fundamentais ao indivíduo, sua autonomia, a prática da beneficência e de justiça.



Artigo

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quando aplicados os critérios de inclusão do estudo e levando-se em consideração a livre participação, restaram-nos para realizar a entrevista e análise dos prontuários um total de 47 pacientes portadores de doença renal crônica em tratamento dialítico. Dos quais, 30 (63,8%) eram do sexo masculino. Esse percentual assemelha-se com o estudo de Oliveira Junior; Formiga; Alexandre, (2014), o qual mostrou que entre os pacientes em TSR em um serviço de hemodiálise na capital da Paraíba, 61% eram homens. Quando comparado a dados nacionais, o Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica, realizado por Sesso et. al. (2015), também corrobora com nosso estudo, pois revelou que a maioria dos pacientes dialíticos (58%) são do sexo masculino.

Em relação a raça, a grande maioria, 26 (55,3%), dos pacientes se autodeclararam pardos. Entre as mulheres, esse número chegou a 58,8%, enquanto entre os homens registrou-se 53,3%. Os que se dizem negros somaram 23,4% do total de pacientes, número semelhante quando se leva em consideração a percentagem por sexo onde 23,3%, e 23,5% respectivamente homens e mulheres se afirmam negros. Os que se consideram brancos atingiram 21,3% do total. Entre os pacientes do sexo masculino esse valor foi de 23,3% enquanto 17,6% das mulheres se autodeclararam como brancas.

Não há consenso entre os estudos quando se leva em consideração a etnia dos pacientes com DRC. Pinho, et. al, (2015), avaliou entre outras variáveis como se autodeclaravam, em relação a raça, os pacientes com DRC internados na enfermaria de um hospital. No entanto classificou os pacientes apenas em brancos e não brancos. Os primeiros constituíram 64% dos 104 pacientes entrevistados. Já no trabalho de Xavier et al. (2014), percebeu-se que a maioria, 62,5%, dos indivíduos, era de etnia negra autodeclarada.

Embora trate-se de uma doença crônica e haja uma tendência a considerar que a maioria dos pacientes em TSR seja de idosos, não é o que mostram os estudos. Em nosso trabalho, levando-se em conta a faixa etária, aqueles que estão entre 24 e 59 anos somam 57,4% do grupo estudado. A grande maioria das mulheres 70,6% das mulheres e metade dos homens estão nesse intervalo. Os que possuem 60 anos ou mais perfazem 42,6% do grupo. Resultados semelhantes também foram contemplados por Melo et. al., (2014) onde 43% dos pacientes eram maiores de 60 anos e no trabalho de Santos et. al., (2015) no qual esse grupo somou 27,3%.



Artigo

Quando indagados sobre o nível de escolaridade a maioria, 21 (44,7%), relatam ter o ensino fundamental, enquanto 17 (36,2%) são analfabetos, 7 (14,9%) concluíram o ensino médio e apenas 2 (4,3%), possuem diploma de nível superior. Levando-se em consideração o sexo dos entrevistados, entre os homens 43,3 % são analfabetos e apenas 6,7% possuem nível superior. Já no grupo das mulheres a grande maioria, 58,8%, possui apenas o ensino fundamental. No estudo de Sampaio et. al., (2013), observou-se também que a maior parte (77,1%) possuía apenas o ensino fundamental;

Quanto à situação conjugal, 25 (53,2%) dos pacientes estão casados ou vivem uma união estável, 12 (25,5%) estão solteiros, 6 (12,8%) são viúvos e 4 (8,5%) são divorciados. Entre os homens, a grande maioria apresenta-se casado ou em união estável (66,7%). Já o grupo das mulheres viúvas, casadas e solteiras representam cada um 29,4% do total. O trabalho de Oliveira et. al. (2015) avaliou o impacto da IRC na qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e considerou o estado civil um dos critérios, apresentando-se um percentual de 50,7% dos entrevistados casados ou em união estável, corroborando com nossos achados.



Artigo

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos pacientes submetidos a terapia de substituição renal em um serviço de referência no sertão paraibano

Dados Sociodemográficos	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Raça						
Branco	7	23,3	3	17,6	10	21,3
Negro	7	23,3	4	23,5	11	23,4
Pardo	16	53,3	10	58,8	26	55,3
Idade						
24 a 59 anos	15	50,0	12	70,6	27	57,4
60 anos ou mais	15	50,0	5	29,4	20	42,6
Escolaridade						
Analfabeto	13	43,3	4	23,5	17	36,2
E. fundamental	11	36,7	10	58,8	21	44,7
E. médio	4	13,3	3	17,6	7	14,9
E. superior	2	6,7	0	0,0	2	4,3
Situação Conjugal						
Casado ou U. estável	20	66,7	5	29,4	25	53,2
Divorciado	2	6,7	2	11,8	4	8,5
Viúvo	1	3,3	5	29,4	6	12,8
Solteiro	7	23,3	5	29,4	12	25,5
Total	30	100,0	17	100,0	47	100,0

Fonte: Barbosa Neto, et. al., 2019

A tabela 2 apresenta os dados socioeconômicos dos pacientes. Em relação a renda familiar, 31 deles, o que corresponde a 66% do total sobrevivem com 01 salário mínimo. Esse valor também corresponde a grande maioria entre os homens 63,3% e mulheres 70,6%. Os que possuem 2 salários como renda somam 11 (23,4%). E, a minoria, 5 (10,6%), recebem 3 ou mais salários mensalmente. No estudo de Silva et al. (2017), a maioria dos pacientes, 53,9% também referiram possuir uma renda de até 1 salário mínimo.



Artigo

Quando perguntados sobre suas ocupações, alguns pacientes referiram não trabalhar pois 36,2% são aposentados e 23,4% devido a sua doença, recebem benefício do governo federal. Os pacientes economicamente ativos 40,4%, enquadraram-se nas profissões citadas a seguir: Comerciante, microempresário, advogado, padeiro, professora e policial. No estudo de Costa et al. (2015) considerou-se no grupo dos aposentados todos os que recebiam algum tipo de benefício e estes somaram 80,8% do total de pacientes.

Esses dados refletem um quadro recorrente e preocupante dentro do grupo de pacientes com DRC. Pois, embora seja uma patologia crônica, que quando bem acompanhada pode proporcionar uma melhor qualidade de vida ao portador, grande parte dos pacientes sentem-se incapacitados e psicologicamente abalados quando recebem o diagnóstico, especialmente quando adentram a fase de TSR. Essas dificuldades estendem-se para a vida profissional e muitos acabam por pedir afastamento do trabalho ou recorrem a algum tipo de benefício.

O estudo de Oliveira et al. (2016) que avaliou a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise utilizando escores validados, concluiu que esses indivíduos podem apresentar sintomas depressivos, ansiedade, estresse e sensação de ser um peso para a família. Assim, as pessoas com doença renal crônica encontram relativa dificuldade para permanecer e/ou retornar ao trabalho por limitações físicas, psíquicas e inclusive legais.



Artigo

Tabela 2: Dados socioeconômicos dos pacientes submetidos a terapia de substituição renal em um serviço de referência no sertão paraibano

Dados Socioeconômicos	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	n	%	n	%	N	%
Renda Familiar						
1 Salário	19	63,3	12	70,6	31	66,0
2 Salários	7	23,3	4	23,5	11	23,4
3 ou mais Salários	4	13,3	1	5,9	5	10,6
Ocupação						
Aposentado	13	43,3	4	23,5	17	36,2
Beneficiário	5	16,7	6	35,3	11	23,4
Ativo	12	40,0	7	41,2	19	40,4
Total	30	100,0	17	100,0	47	100,0

Fonte: Barbosa Neto, et. al., 2019

O nosso estudo analisou também os dados clínicos dos pacientes e os resultados estão apresentados na tabela 3. Em grande parte das vezes os pacientes portadores de IRC realizam tratamento conservador, ou seja, outros tipos de terapia antes da diálise: consultas periódicas com nefrologista, dieta específica com restrições proteicas, uso de medicações para tratar a doença de base entre outros.

Quando analisado o tempo de tratamento pré-dialise, registrou-se que 12,8% afirmaram necessitar da TSR entre 01 e 06 meses após diagnóstico de IRC, 2,12% deles conseguiram esperar entre 06 e 12 meses. Outros, tiveram que realizar sessões de diálise imediatamente após os seus diagnósticos, correspondendo a 21,3%. Mas, a grande maioria 63,8%, inclusive quando levamos em conta homens e mulheres de forma isolada, só iniciaram a TSR após o primeiro ano de tratamento conservador.

Os achados contrapõem-se ao trabalho de Oliveira Junior et al. (2013), o qual mostrou que 60% dos pacientes com DRC afirmaram necessitar de diálise imediatamente ou em até 1 mês de tratamento conservador. O estudo de Luciano, et. al., (2012) sugeriu que pacientes em acompanhamento multidisciplinar para DRC apresentavam menor taxa de hospitalização, menor taxa de início urgente de TSR e menor custo do tratamento. Pelos resultados encontrados nossos pacientes deviam estar realizando o adequado



Artigo

controle da pressão arterial, cessação ou diminuição do tabagismo, melhor controle metabólico e redução na proteinúria, pois estes fatores conseguiram postergar o início das sessões de diálise.

Acerca dos diagnósticos prévios que os levaram a necessitar dessa modalidade terapêutica destacam-se a nefropatia hipertensiva (NH) em 55,3% dos casos. Alguns pacientes, 13 (27,7%) apresentaram de forma concomitante a NH e nefropatia diabética (ND). No entanto, nenhum deles apresentava o diagnóstico de ND de forma isolada. Os demais, variaram entre as causas genéticas, vasculites, doença renal policística, câncer e glomerulonefrites autoimunes, juntas, somaram 17% do total, estando evidenciado como “outros” na tabela 3.

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (2017) a Diabetes Mellitus é a principal causadora de IRC no mundo (especialmente na Europa e Estados Unidos), seguida pela Hipertensão arterial sistêmica. Em nosso País, há uma inversão desse ranking. A principal explicação proposta para esse fato é que em países menos desenvolvidos, nos quais os pacientes diabéticos têm menos acesso a saúde, eles acabam por falecer precocemente de complicações macrovasculares, como AVE e doença coronariana antes de chegarem a um quadro de nefropatia diabética avançada.

Em relação ao tipo de acesso vascular que permite a realização das sessões de hemodiálise, durante o nosso estudo, a esmagadora maioria 42 (89,4%) possuía fístula arteriovenosa, 6,38% utilizavam-se de cateter de longa permanência e apenas 4,25% dispunham de cateter de curta permanência. Esse número reflete o acompanhamento pré-dialítico que os pacientes vinham realizando, visto que, a FAV é considerada a primeira escolha para a realização da diálise. Mas, além de tratar-se de um procedimento cirúrgico eletivo, ela necessita de um tempo de “maturação” entre a sua realização e o início de sua utilização. Sendo inclusive, considerada bem indicada quando o paciente ainda se encontra em estágios pré-dialíticos (NEVES JÚNIOR et al. 2013).

O estudo revelou que 80,9% dos pacientes relataram já ter necessitado de hemotransfusões. É muito comum que pacientes portadores de DRC necessitem receber concentrado de hemácias, devido ao quadro de anemia provocado pela dificuldade de produção da eritropoietina, já que as funções renais estão comprometidas. Pode-se ter ainda como fatores agravantes a deficiência de ferro, a presença de fenômeno inflamatório e outras causas não relacionadas à DRC que alterarem as características hematimétricas da anemia (RIBEIRO-ALVES; GORDAN, 2014).

Além disso, esses pacientes podem necessitar de internações hospitalares devido a sintomas da própria doença ou desencadeados pela própria terapia dialítica. Assim,



Artigo

quando perguntados sobre internações hospitalares prévias, 72,3% nos deram respostas afirmativas. As principais queixas relatadas pelos pacientes serão discutidas a seguir.

Durante o estudo, 100% dos pacientes apresentavam diagnósticos negativos, confirmados por exames laboratoriais, para doenças infectocontagiosas. Segundo Oliveira et al. (2017), a importância de triar constantemente os pacientes em diálise para doenças infectocontagiosas reside muito além do risco de contaminação inerente ao próprio procedimento. Pois, esses pacientes apresentam comprometimento geral da resposta imune. Este fato tem sido atribuído à própria uremia, à associação de múltiplas doenças crônicas, anemia e desnutrição, fatores que contribuem para diminuir a resposta imune.



Artigo

Tabela 3: Dados clínicos dos pacientes submetidos a terapia de substituição renal em um serviço de referência no sertão paraibano

Dados Clínicos	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	n	%	n	%
Tempo de Tratamento						
Conservador						
Imediata ou < de 1 mês	9	30,0	1	5,9	10	21,3
1 - 6 meses	3	10,0	3	17,6	6	12,8
6 meses - 1 ano	1	3,3	0	0,0	1	2,1
mais de 1 ano	17	56,7	13	76,5	30	63,8
Diagnóstico						
NH	16	53,3	10	58,8	26	55,3
NH + ND	8	26,7	5	29,4	13	27,7
Outros	6	20,0	2	11,8	8	17,0
Tipo de Acesso						
Fistula AV	28	93,3	14	82,4	42	89,4
Cateter de CP	1	3,3	1	5,9	2	4,3
Cateter de LP	1	3,3	2	11,8	3	6,4
Hemotransusão						
Não	6	20,0	3	17,6	9	19,1
Sim	24	80,0	14	82,4	38	80,9
Internação Hospitalar						
Não	11	36,7	2	11,8	13	27,7
Sim	19	63,3	15	88,2	34	72,3
Total	30	100,0	17	100,0	47	100,0

Fonte: Barbosa Neto, et. al., 2019



Artigo

As sessões de diálise não são isentas de complicações. Alguns pacientes relatam sintomas durante ou após a realização da terapia. Estudos tentaram explicar ou relacionar as causas que desencadeiam essas queixas. DEUS et al. (2014) citam em seu trabalho que o material usado para a confecção das membranas dos dialisadores pode provocar reações no paciente, com ativação do complemento e liberação de substâncias mediadoras da inflamação.

Quando perguntados sobre os principais sintomas que apresentavam durante as sessões de diálise, muitas queixas foram citadas pelos pacientes, entre elas estavam: câimbras, tontura, dor articular, cefaleia, prurido e parestesias. Alguns dos entrevistados inclusive citaram mais de um sintoma. Levando-se em consideração a significância estatística a tabela 4 apresenta os principais resultados encontrados.

Assim, um pouco mais da metade dos pacientes (51,1%), referem ter câimbras enquanto estão no dialisador, sendo essa uma queixa mais presente na população feminina, 58,8%. Esta é uma complicação frequente da hemodiálise. Ocorre geralmente no final das sessões e predomina nos membros inferiores. Geralmente está relacionada a três fatores predisponentes: A hipotensão, o paciente abaixo do peso seco e o uso de solução dialítica pobre em sódio (SOUSA et al. 2016).

A tontura está presente em 21,3% do total, sendo também mais citada pelas mulheres (29,4%). Essa queixa também está relacionada a hipotensão, que ocorre muitas vezes devido a ultrafiltração. Como a água é removida do compartimento intravascular, o volume sanguíneo é mantido pelo movimento da água dos tecidos, impedindo um adequado reenchimento capilar. Os pacientes que apresentam maior risco de apresentar hipotensão durante a TSR são idosos, mulheres, diabéticos, com fósforo sérico aumentado, pacientes com doença arterial coronariana, e aqueles com neuropatia autonômica (SOUSA et al., 2016). Ressalta-se que 29,8% negam sintomas durante o tempo em que realizam a TSR. Entre os homens, 40% negam queixas.



Artigo

Tabela 4: Principais sintomas apresentados pelos pacientes submetidos a terapia de substituição renal em um serviço de referência no sertão paraibano durante as sessões de hemodiálise

Sintomas	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%	n	%		
Cãimbras						
Não	16	53,3	7	41,2	23	48,9
Sim	14	46,7	10	58,8	24	51,1
Tontura						
Não	25	83,3	12	70,6	37	78,7
Sim	5	16,7	5	29,4	10	21,3
Nega						
Não	18	60,0	15	88,2	33	70,2
Sim	12	40,0	2	11,8	14	29,8
Total	30	100,0	17	100,0	47	100,0

Fonte: Barbosa Neto, et. al., 2019

A tabela 5 retrata a terapia farmacológica, com significância estatística, mais citada entre os entrevistados. Essas medicações são utilizadas seja para o controle das doenças crônicas prévias, seja para amenizar possíveis complicações da terapia ou aliviar sintomas provocados por ela. Os anti-hipertensivos apresentam-se como a medicação mais utilizada, onde 93,6% do total de pacientes referem fazer uso. O ligante do fosfato é usado por pelo menos 29,8% dos entrevistados, sendo mais utilizado entre os homens (33,3%). Em relação ao AAS, a maioria (72,2%) relatam não fazer uso.

Como discutido anteriormente a principal causa de IRC em no Brasil é a hipertensão arterial sistêmica. Por isso, o uso de anti-hipertensivos na DRC objetiva bem mais que reduzir a pressão arterial. Eles atuam diminuindo o risco cardiovascular desses pacientes, além de reduzir a chance de progressão da doença renal. Nesse último caso, as drogas de escolha fazem parte das classes dos inibidores da enzima conversora de angiotensina e dos bloqueadores dos receptores de angiotensina II, consideradas drogas nefroprotetoras (PINHO; OLIVEIRA; PIERIN, 2015).



Artigo

Lordsleem et al. (2012), em um estudo que objetivou traçar o perfil epidemiológico de um grupo de pacientes com DRC submetido à avaliação cardiológica concluiu que embora haja um consenso entre a associação de DRC e aumento do risco cardiovascular, em grande os pacientes não fazem uso de drogas cardioprotetoras, o que representaria um contrassenso. Em nosso estudo, não realizamos a avaliação do risco cardiovascular dos pacientes, mas os resultados mostraram que a minoria deles faz uso de drogas como o AAS.

Quando a DRC progride e se faz necessário tratar com diálise, o balanço positivo do fosfato inorgânico se torna mais pronunciado devido à perda de função renal, e à remoção insuficiente por hemodiálise. Além disso, níveis aumentados dessa molécula no sangue estão associados a um maior risco cardiovascular, devido ao seu poder de calcificação (BARRETO et al., 2014). Assim, a utilização de quelantes de fosfato também tem sido proposta objetivando como um recurso para diminuir as concentrações de várias toxinas urêmicas, além da sua utilização terapêutica principal no controle da hiperfosfatemia (CARVALHO; CUPPARI, 2011).

Tabela 5: Principais medicações utilizadas pelos pacientes submetidos a terapia de substituição renal em um serviço de referência no sertão paraibano durante as sessões de hemodiálise

Medicamentos	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	n	%
Hipotensores						
Não	2	6,7	1	5,9	3	6,4
Sim	28	93,3	16	94,1	44	93,6
AAS						
Não	20	66,7	13	76,5	33	70,2
Sim	10	33,3	4	23,5	14	29,8
Ligante de Fosfato						
Não	18	60,0	12	70,6	30	63,8
Sim	12	40,0	5	29,4	17	36,2
Total	30	100,0	17	100,0	47	100,0

Fonte: Barbosa Neto, et. al., 2019



Artigo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo retratou o perfil sociodemográfico e clínico de pacientes que realizam TSR em um serviço de referência no alto sertão paraibano. Os resultados nos permitiram constatar que apesar de ser uma doença crônica potencialmente prevenível, na grande maioria dos casos, há um certo descontrole dos fatores de risco que culminam em tal condição.

Dessa forma, infere-se que isso ocorra ou por desconhecimento dos pacientes sobre suas condições clínicas ou por certa desatenção da rede de atenção básica, visto que é de sua competência realizar acompanhamento a longo prazo de determinadas condições como Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, citadas como as principais desencadeantes da IRC.

Considerando ainda o grande estigma e a diminuição da qualidade de vida que essa patologia provoca nos pacientes constata-se a real necessidade do sistema único de saúde subsidiar o tratamento, haja visto o alto custo do procedimento, bem como propiciar um auxílio financeiro a esses cidadãos que muitas vezes encontram-se afastados do trabalho seja por alguma limitação seja pela necessidade de deslocar-se pelo menos três vezes por semana.

Do ponto de vista clínico, a maioria dos pacientes apresenta-se estável, com suas doenças de base controladas e realizando exames e consultas especializadas periodicamente. No entanto, verificou-se a necessidade de preenchimento dos prontuários de forma mais completa, a fim de garantir que as informações clínicas dos pacientes estejam asseguradas e de fácil acesso.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica–DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática.– Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.: 37.



Artigo

CARVALHO, A. B.; CUPPARI, L. Controle da hiperfosfatemia na DRC. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 30, n. Supl 2, p. 4-8, 2008.

DEUS, B. P. M.; HOERB, A.; ZANON R. B.; MORAES, P. S.; AGRA, H. C.; Sintomas e complicações agudas relacionadas com a hemodiálise. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 5, n. 1, p. 52-56, 2015.

LORDSLEEM, A.; GUEIROS, A. P. S.; GUEIROS, J. E. B.; MARKMAN FILHO, B.; VICTOR, E. G. Avaliação cardiológica de pacientes portadores de doença renal crônica: Quais as lições? **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 34, n. 1, p. 08-15, 2012.

LUCIANO, E. D. P.; LUCONI, P. S.; SESSO, R. D. C. C.; MELARAGNO, C. S.; ABREU, P. F.; REIS, S. F. S.; RUIVO, G. F. Estudo prospectivo de 2151 pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador com abordagem multidisciplinar no Vale do Paraíba, SP. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v.34, n. 3, p. 226-234, 2012.

MACHADO, G. R. G.; PINHATI, F. R. Tratamento de diálise em pacientes com insuficiência renal crônica. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, n. 26, p. 137-148, dez. 2014.

MELLO, D. B.; MOREIRA, M. C. N. O protagonismo de jovens com doença renal crônica e a dádiva na construção da atenção à saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.25, n.1, p.206-217, 2016. 23

MELO, W. F.; BEZERRA, A. L. D.; SOUSA, M. N. A. Perfil epidemiológico de pacientes com insuficiência renal crônica: um estudo quantitativo. **C&D-Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v.7, n.2, p.142-156, jul./dez. 2014.
NEVES JUNIOR, M. A.; PETNYS, A.; MELO, R. C.; RABBONI, E. Acesso vascular para hemodiálise: o que há de novo? **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 12, n. 3, 2013.

OLIVEIRA JUNIOR, H. M.; FORMIGA, F. F. C.; ALEXANDRE, C. S. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em programa crônico de hemodiálise em João Pessoa-PB. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36, n. 3, p. 367-374, 2014.



Artigo

OLIVEIRA, A. P. B.; SCHMIDT, D. B.; AMATNEEKS, T. M.; SANTOS, J. C.; CAVALLET, L. H. R.; MICHEL, R. B. Qualidade de vida de pacientes em hemodiálise e sua relação com mortalidade, hospitalizações e má adesão ao tratamento. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 38, n. 4, p. 411-20, 2016.

PINHO, N. A.; DE OLIVEIRA, R. B.; PIERIN, A. M. G. Hipertensos com e sem doença renal: avaliação de fatores de risco. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe, p. 101-108, 2015.

PINHO, N. A.; SILVA, G. V.; PIERIN, A. M. G. P. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em pacientes internados em um hospital universitário na cidade de São Paulo, SP, Brasil. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 37, n. 1, p. 91-97, 2015.

RIBEIRO-ALVES, M. A.; GORDAN, P. A. Diagnóstico de anemia em pacientes portadores de doença renal crônica. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36 (1 Supl. 1):9-12, 2014.

SAMPAIO, R. M. M.; COELHO, M. O.; PINTO, F. J. M.; OSTEME, E. P. R. Perfil epidemiológico de pacientes nefropatas e as dificuldades no acesso ao tratamento. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 1, p. 95-101. 2013.

SANTOS, N. B.; ALMONDES, L. M. V.; RESENDE, M. M. B.; MORAES, H. M. P. L.; SOUZA, A. T. S.; RIBEIRO, I. P. Perfil Clínico-Epidemiológico De Pacientes Atendidos Na Clínica Nefrológica De Um Hospital Público Estadual. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 2, p.59-64, jul./dez. 2015.

SESSO, R. C.; LOPES, A. A.; THOMÉ, F. S.; LUGON, J. R.; MARTINS, C. T. Inquérito brasileiro de diálise crônica 2014. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 38, n. 1, p. 54-61, 2016.

SOUSA, M. R. G.; DE CAMARGO SILVA, A. E. B.; BEZERRA, A. L. Q.; FREITAS, J. S.; NEVES, G. E.; PARANAGUÁ, T. T. B. Prevalência de eventos adversos em uma unidade de hemodiálise. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 6, p. 18237, 2016.



Temas em Saúde

Volume 19, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

XAVIER, B. L. S.; DOS SANTOS, I.; ALMEIDA, R. F.; CLOS, A. C.; DOS SANTOS, M. T. Características individuais e clínicas de clientes com doença renal crônica em terapia renal substitutiva. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 3, p. 314-320, 2014.



PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES SUBMETIDOS À TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO
RENAL

Páginas 322 a 342

Artigo

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS ACOMETIDOS COM FRATURA DE FÊMUR E CONDUTA DE ENFERMAGEM A ELAS PRESTADA EM UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DO SERTÃO PARAIBANO¹

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF ELDERLY EMPLOYED WITH FRACTURE OF FEMALE AND NURSING CONDUCT TO THEM IN AN EMERGENCY HOSPITAL OF THE PARAIBANO SERTÃO

José Franklin Nunes Lima²

Sheila da Costa Rodrigues Silva³

Alba Rejane Gomes de Moura Rodrigues⁴

Ana Paula Dantas da Silva Paulo⁵

Lívia Maria Leite Quirino⁶

RESUMO - O envelhecimento populacional, assim como as ocorrências de traumas em idosos vem aumentando nos últimos anos gradativamente. A fratura de fêmur é uma lesão grave, a equipe de enfermagem tem que procurar meios de reabilitação do paciente em um curto prazo de tempo. Neste estudo objetivou-se descrever o perfil de idosos acometidos por fratura de fêmur e as orientações de enfermagem a eles prestadas. O estudo foi do tipo exploratório descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. A

¹ Artigo apresentado a coordenação do Curso de Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem;

² Graduando do Curso Bacharelado em Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos – FIP. E-mail: nanan.franklin@gmail.com;

³ Doutoranda em Cirurgia Pela Faculdade Santa Casa de Misericórdia. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santo. Especialista em UTI. Docente Titular da Disciplina Enfermagem Cirúrgica das Faculdades Integradas de Patos;

⁴ Doutora em Pesquisa em Cirurgia pela FCMSC – SP, Docente da UFCG e Faculdades Integradas de Patos – FIP;

⁵ Doutoranda em Cirurgia pela Faculdade Santa Casa de Misericórdia em São Paulo. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Auditoria em Saúde. Docente titular da disciplina de Enfermagem Clínica das Faculdades Integradas de Patos;

⁶ Fisioterapeuta Graduada pelas Faculdades Integradas de Patos – FIP. Especialista em Neurofuncional pela Faculdade Maurício de Nassau (Campina Grande/PB).



Artigo

pesquisa foi realizada na clínica cirúrgica do Hospital Regional de Patos – HRP no município de Patos – PB. Dentre os entrevistados a maioria é do sexo feminino 80%, e todos possuem algum tipo de estudo variando desde o ensino fundamental ao ensino médio completo, todos os idosos que participaram da pesquisa residem com pelo menos uma pessoa, uma grande maioria dos idosos também relata receber o benefício de aposentadoria. Uma pequena minoria de 13.3% trabalha, mas que esse tipo de trabalho não tem nenhum vínculo com empresas, afirmando que seu lucro extra vem da agricultura. Conclui-se que 86,7 dos pacientes que sofreram esse trauma passaram por procedimento cirúrgico, que 53,3%, a maioria deles se encontravam no pré-operatório mediato, onde 53,3 relataram não ter nenhum tipo de medo pós queda, 80% deles não possuem nenhum tipo de doença crônica e 80% dos entrevistados utilizavam algum tipo de medicação controlada, em relação as orientações de enfermagem todos 100% afirmaram terem recebido algum tipo de orientação, deixando assim o cuidar mais fácil e dinâmico.

Palavras-chave: Assistência de enfermagem; Fratura de fêmur; Fratura em idosos.

ABSTRACT - Population aging, as well as the occurrence of trauma in the elderly has been increasing gradually in recent years. Femur fracture is a serious injury, the nursing staff has to look for patient rehabilitation means in a short time. This study aimed to describe the profile of the elderly affected by femur fracture and the nursing guidelines provided to them. This was a descriptive exploratory cross-sectional study with a quantitative approach. The research was conducted at the surgical clinic of the Patos Regional Hospital - HRP in the city of Patos - PB. Among the respondents, most are 80% female, and all have some type of study ranging from elementary school to high school, all the elderly who participated in the survey live with at least one person, a large majority of the elderly also report receive the retirement benefit. A small minority of 13.3% work, but this type of work has no connection with companies, claiming that their extra profit comes from agriculture. It was concluded that 86.7 of the patients who suffered this trauma had a surgical procedure, 53.3%, most of them were in the preoperative mediate, where 53.3 reported not having any fear after the fall, 80 % of them did not have any kind of chronic disease and 80% of respondents used some type of controlled medication, compared to nursing guidelines all 100% said they had received some kind of guidance, thus making care easier and more dynamic.



Artigo

Keywords: Nursing care; Femur fracture; Fracture in the elderly.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, assim como as ocorrências de traumas em idosos vem aumentando nos últimos anos gradativamente, principalmente em cidades grandes, tornando assim o trauma geriátrico algo que requer bastante atenção. A grande concentração de idosos nos centros urbanos, o aumento da prática de exercícios entre estes, a falta de acessibilidade dos espaços domésticos e públicos, com destaque das vias públicas que privilegiam o trânsito dos veículos motorizados em detrimento de pedestres estão entre os fatores que podem explicar estes dados.

Com o envelhecimento, surgem as doenças crônicas degenerativas, a reabilitação tardia e os sinais de doença em fases avançadas, comprometendo, de forma geral a funcionalidade e a qualidade de vida do idoso. A utilização de medicamentos como depressivos, psicotrópicos, ansiolíticos, sedativos, anti-hipertensivos e diuréticos, também, aumentam a predisposição do trauma, pelos possíveis efeitos colaterais ou por interações medicamentosas (ARGENTA, ZANATTA, LUCENA., 2016). A investigação dos efeitos colaterais que estes medicamentos podem causar deve ser realizada de forma minuciosa para que quando for encontrada a causa, ela possa ser afastada e assim evite quaisquer transtornos futuros que possa a vim ocasionar na vida do idoso.

No processo de envelhecimento também há a redução da massa e de força muscular, fadiga, alteração da marcha e do equilíbrio, perda de apetite e em consequência disso a redução do peso (SALMASO et al., 2014). Essas alterações ocorrem gradativamente e de forma contínua, pois o envelhecimento é um processo que não se pode parar, apenas acompanha-lo para que ele aconteça de uma forma mais correta sem grandes intercorrências, um dos fatores que podem vim provocar o trauma que é a fratura de fêmur no idoso é a redução da marcha deixando a sua locomoção prejudicada fazendo assim com que ele seja mais propício a cair e com isso venha a ocorrer uma fratura de fêmur, que em muitos casos podem demorar a ser tratada levando o idoso à morte.

A síndrome pós-queda é definida como o medo de voltar a cair, com consequências

negativas no bem-estar físico e funcional dos idosos, no grau de perda de independência, na capacidade de realizar normalmente as atividades de vida diária (AVD) e na restrição



Artigo

da atividade física, explicando o grau de prevalência do estilo de vida sedentário dos idosos (PINHEIRO et al., 2015). O medo de cair pode trazer consigo não apenas o medo de cair novamente, mas o de se machucar e de precisar do serviço de saúde novamente, de ficar mobilizado, de ficar dependente mais uma vez, então, esse medo está ligado não só a queda e sim as consequências que ela poderá trazer pra vida futura desse paciente.

A fratura de fêmur é uma lesão grave onde um dos objetivos da equipe de enfermagem é procurar trazer o doente à sua plena função em um período razoável de tempo (MARTINS, MESQUITA. 2016).

Dentre os principais fatores de risco para as quedas e fraturas estão: idade, sexo, uso de drogas psicotrópicas, consumo abusivo de álcool, tabaco, osteoporose, menopausa precoce, sedentarismo, incapacidade física, perda de equilíbrio, perda da capacidade cognitiva e presença de comorbidades (SOARES et al., 2015). Então daí se chega a conclusão que uma velhice acompanhada de um mau estilo de vida pode trazer consequências drásticas a vida de uma pessoa podendo agravar seu caso clínico ou trazer sequelas graves que possa afetar sua vida.

Nem todas as fraturas evoluem tão bem, podendo ter complicações inevitáveis que vão de leves a gravíssimas e ainda podem ser divididas em: extrínsecas e intrínsecas, que são complicações relacionadas a fratura em si (SILVA., 2016). Essas complicações podem estar relacionadas como o trauma e as condições que ela foi tratada até chegar ao hospital, ou seja, ela pode acontecer desde a uma infecção pré-operatória como também cuidados pós cirúrgicos.

Assim diante de tudo que foi exposto surgiram alguns questionamentos como, descrever o perfil epidemiológico de idosos acometidos por fratura de fêmur? Relatar com os idosos internados quais os cuidados de enfermagem realizados.

Essa pesquisa justificasse, pelo grande número de idosos internados acometidos por fratura de fêmur, como também a assistência precária prestada a esses pacientes isso ainda em âmbito hospitalar de um hospital com abrangência regional na cidade de Patos – PB.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi do tipo exploratório descritivo, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada junto aos pacientes internados na clínica cirúrgica do Hospital Regional de Patos – HRP no município de Patos - PB. A amostra foi



Artigo

constituída por 15 idosos, ambos com fratura de fêmur, nos meses de março e abril de 2018, que aceitaram voluntariamente participar da pesquisa, considerando o método de amostragem não probabilístico.

Para inclusão dos voluntários na pesquisa foi necessário como critério de inclusão para pesquisa, estarem internados na clínica cirúrgica do Hospital Regional de Patos mas independentemente de estar ou não no pré ou pós operatório. Foi utilizado como critério de exclusão pacientes que não tinha a faixa etária necessária para o estudo ou que tivessem algum tipo de fratura de outra natureza.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista individual, com tempo estimado de aproximadamente de 15 minutos, em local calmo sendo sempre na própria enfermaria, onde houve explicação acerca do tema a ser pesquisado para que os entrevistados de fato possam entender o que foi a ele perguntado. Também foi realizado antes do início da coleta de dados, a leitura e esclarecimento do termo de consentimento livre e esclarecido, deixando livre a decisão dos mesmos em participarem ou não da pesquisa, podendo ainda desistir a qual quer momento, os dados foram coletados no período de março e abril de 2018.

Os dados coletados foram submetidos a análise estatística simples e disponibilizados através de gráficos ou tabelas, com auxílio de programas como Excel Office 2010, onde serão analisados estatisticamente no período acima descrito e fundamentado à luz da literatura pesquisada.

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. 2013) e foi aprovado sob CAAE nº 80732717.0.0000.5181 e parecer de número 2.483.602. Vale destacar que os participantes assinaram o TCLE para participar da pesquisa, após receberam as devidas orientações e esclarecimentos sobre a pesquisa. A fim de evitar riscos mínimos de constrangimento por parte do entrevistado ao responder algumas perguntas do questionário, buscou-se aplicar o questionário na própria enfermaria em seu leito sempre na presença do entrevistador, pesquisador e acompanhante.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante a realização da coleta de dados, entrevistou-se 15 idosos que se encontravam no pré-operatório imediato e mediato como também no pós-operatório



Artigo

imediate e mediato, onde foram analisados os seguintes dados sócio demográficos: Gênero, faixa etária, escolaridade, com quem reside, se trabalha e se é aposentado.

Tabela 1. Descrição dados sócio demográficos

	Nº	%
Masculino	03	20%
Feminino	12	80%
Idade		
61 – 70	3	20%
71 – 80	6	40%
81 – 90	6	40%
91 – 100	0	00%
Escolaridade		
Não alfabetizado	0	00%
Ensino Fundamental Incompleto	5	33.3%
Fundamental completo	7	46.7%
Ensino Médio Incompleto	2	13.3%
Ensino Médio Completo	1	6.7%
Ensino Superior Incompleto	0	00%
Ensino Superior Completo	0	00%
Mora só		
Sim	0	00%
Não	15	100%
Trabalha		
Sim	02	13.3%
Não	13	86.7%
Aposentado		
Sim	14	93.3%
Não	1	6.7%

Fonte: dados da pesquisa 2018., HRP

De acordo com os dados exposto na tabela 1 é notório que a maioria das pessoas admitidas nas enfermarias do setor cirúrgico com fratura de fêmur, são pacientes do sexo



Artigo

feminino, sendo 12 mulheres e 3 homens, assim como mostra a pesquisa de (Neto et al., 2017) que diz que a maior incidência de queda está presente no gênero feminino tendo uma variável de três a quatro mulheres para cada homem.

No que diz respeito a variável da idade, os pacientes com mais idades estão mais susceptível a sofrer uma fratura de fêmur, como mostra nossa pesquisa que entre 60 e 69 anos corresponde 20%, (3), entre 70 a 79, 40% (6) e 80 a 89, 40% (6), temos um número muito variante, não tendo uma faixa etária dominante, variando de 60 a 89 anos com uma média de idade de 70 a 89 anos, desta forma concordando com os estudos de Abreu; Oliveira (2015) que afirmam que a prevalência da fratura de fêmur em idosos está acima dos 70 anos.

Em relação a escolaridade, 46,7% (07) possuem o ensino fundamental completo, 33,3% (05) o ensino fundamental incompleto, 13,3% (02) o ensino médio incompleto e 6,7% (01) o ensino médio completo, com isso notasse que a maioria dos idosos entrevistados possuem algum grau de instrução mesmo sendo pouco e com isso pode ser que tenham afetado para o acontecimento do acidente já que eles não tenham tanto conhecimento sobre os riscos que os rodeavam.

Com base na moradia todos os idosos 100% (15) idosos moram com alguém sendo que dentre eles (08) relataram que moram com filhos, (05) moram com algum familiar e (01) com algum parente, deixando assim em evidência que mesmo eles tendo algum que possa dá algum tipo de suporte eles estão sujeito a acidentes e que medidas devem ser tomadas para que alguns riscos identificados sejam reparados evitando assim acidentes futuros.

No que se observa a questão de trabalho, nota-se que, 86,7% (13) não trabalham, nem exercem alguma função que gere algum tipo de renda extra, 13,3% (02) possuem algum rendimento que gere algum lucro, eles ainda relataram que esse tipo de renda vem da agricultura e que não tinha vínculos governamentais.

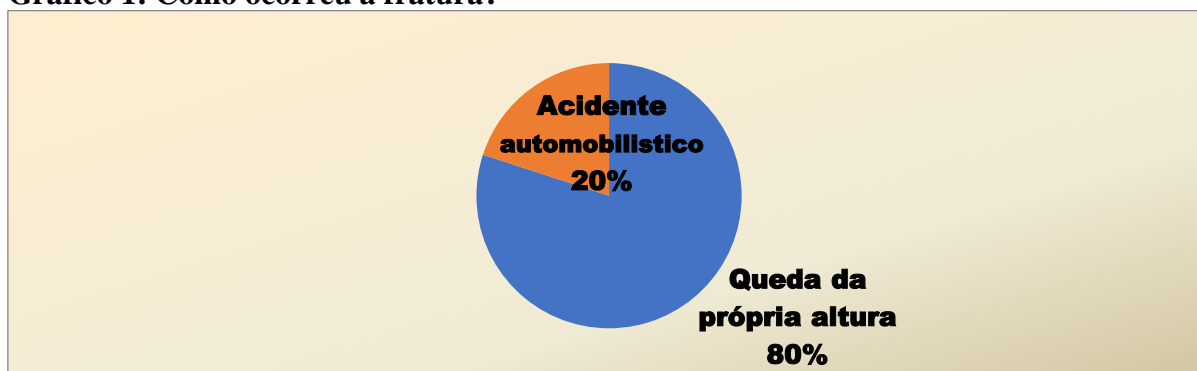
Em relação a algum benefício da Previdência Social o resultado foi praticamente unanime onde, 93,3% (14) dos entrevistados relataram serem aposentados e apenas 6,7% (01) não recebia benefício algum.



Artigo

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

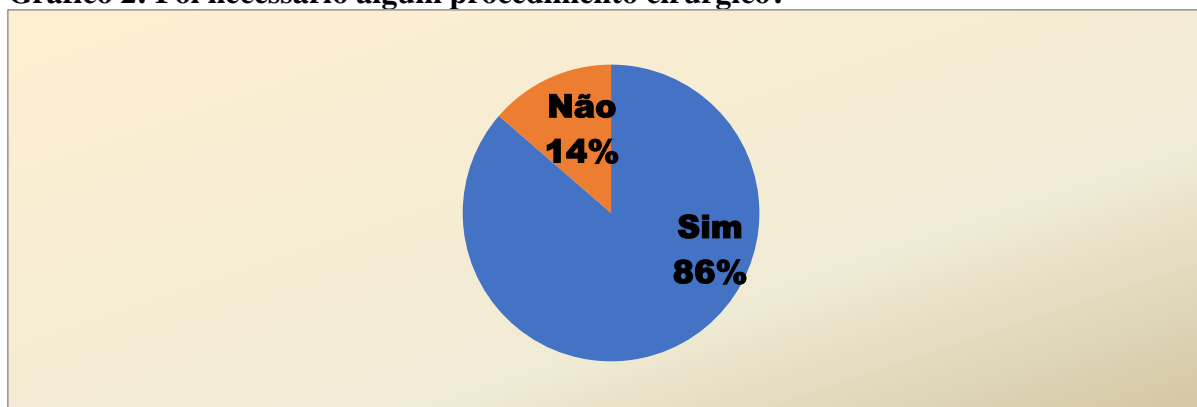
Gráfico 1: Como ocorreu a fratura?



Fonte: dados da pesquisa 2018., HRP

De 15 idosos admitidos nas enfermarias cirúrgicas do Hospital no período de março e abril de 2018, 80% (12), obtiveram a fratura de uma queda da própria altura e 20% (03), tiveram a fratura de fêmur por acidente automobilístico como é visto no estudo de (Neves, Carolo, Moreira, 2016) que mostra que o envelhecimento por si só promove um maior risco de quedas e que as principais formas está o trauma de baixa energia caracterizando assim um importante fator de risco para a fratura de fêmur.

Gráfico 2: Foi necessário algum procedimento cirúrgico?



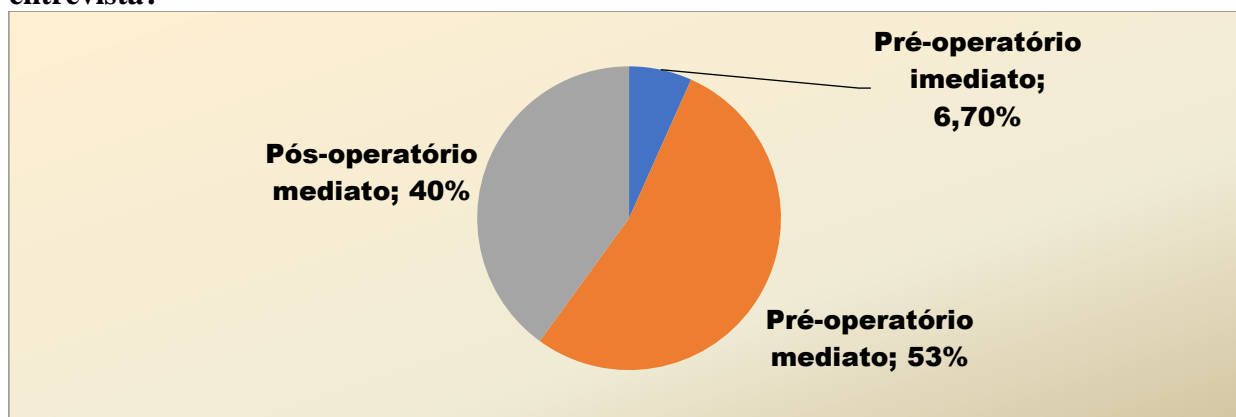
Fonte: dados da pesquisa 2018., HRP



Artigo

Como pode ser observado no gráfico ilustrado a cima temos uma significativa predominância 86.7% (13) de pacientes que necessitaram de procedimento cirúrgico, seguidos de 13.3% (02) que não necessitaram de intervenção cirúrgica devido a sua idade ou alguma complicação preexistente como fala o estudo de (Guerra et al., 2017) que na maioria dos casos, o tratamento cirúrgico é o mais indicado. O tratamento conservador é escolhido em casos de fraturas incompletas e sem desvio ou quando não há condições clínicas para o procedimento.

Gráfico 3: Qual período operatório o paciente se encontra no momento da entrevista?



Fonte: dados da pesquisa 2018., HRP

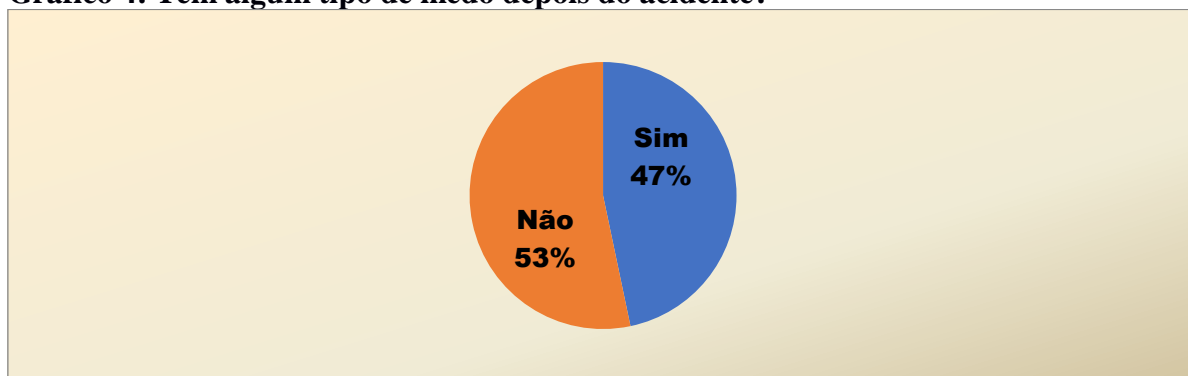
Em relação ao período que os idosos se encontravam no momento da pesquisa, 53% (08) encontravam-se no pré-operatório mediato, 6,7% (01) no pré-operatório imediato e 40% (06) no pós-operatório mediato, eles relatavam que já fazia muito tempo de internação e demonstravam estarem insatisfeito com o grande período de espera, que esse período pode trazer complicações severas no que diz respeito ao prognóstico da pessoa idosa, como fala o estudo de (Loures et al., 2015) e (Daniachi et al., 2015) discutem que a permanência média de pacientes hospitalizados é de 13 dias, (Guerra et al., 2017) relatam que os pacientes que permaneceram internados por até 15 dias, tendo assim alta hospitalar, porém, os que permaneceram até sete dias após a cirurgia



Artigo

apresentaram um aumento na sobrevivência, sendo a taxa de mortalidade, após um ano tratado cirurgicamente.

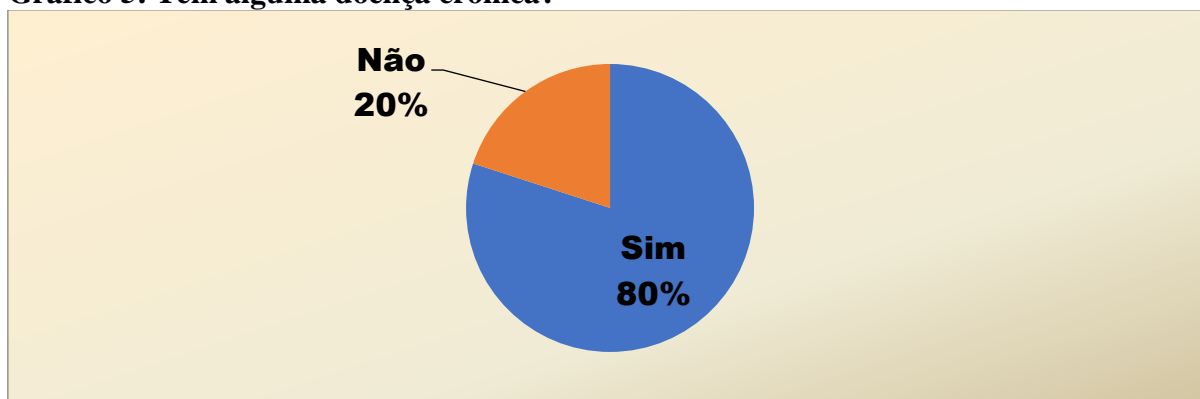
Gráfico 4: Tem algum tipo de medo depois do acidente?



Fonte: dados da pesquisa 2018., HRP

Se tratando de medo pós-acidente 53% (08) relataram não ter nenhum tipo de medo pós acidente e 47% (07) disseram ter medo de alguma complicação ou cair novamente, como mostra o estudo de (Guerra et al., 2017) que relata exatamente esse medo pós-trauma, como também traz o medo de desenvolver alguma incapacidade devido o acidente e a autolimitação.

Gráfico 5: Tem alguma doença crônica?



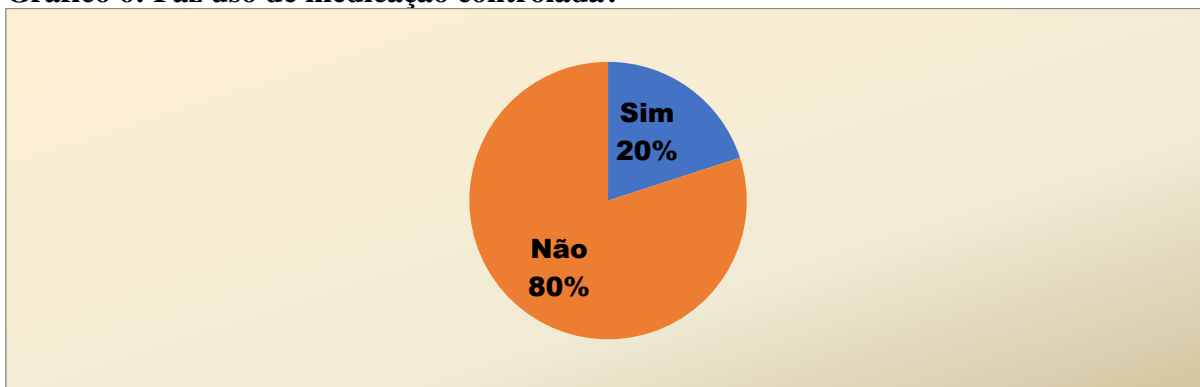
Fonte: dados da pesquisa 2018., HRP



Artigo

No quesito doença crônica 80% (12) relataram possuir algum tipo onde 20% (04) negaram possuir qualquer tipo de doença crônica, entre as doenças relatadas as mais citadas foram Diabetes e a HAS. Em um estudo realizado por (Neto et al., 2017) ele embasa que a maioria dos idosos participantes no seu estudo sofriam de osteoporose, contradizendo o gráfico acima ilustrado, deixando claro que tal enfermo pode não ter entrado na ilustração pelo fato de não ter sido citado por nenhum membro participante.

Gráfico 6: Faz uso de medicação controlada?



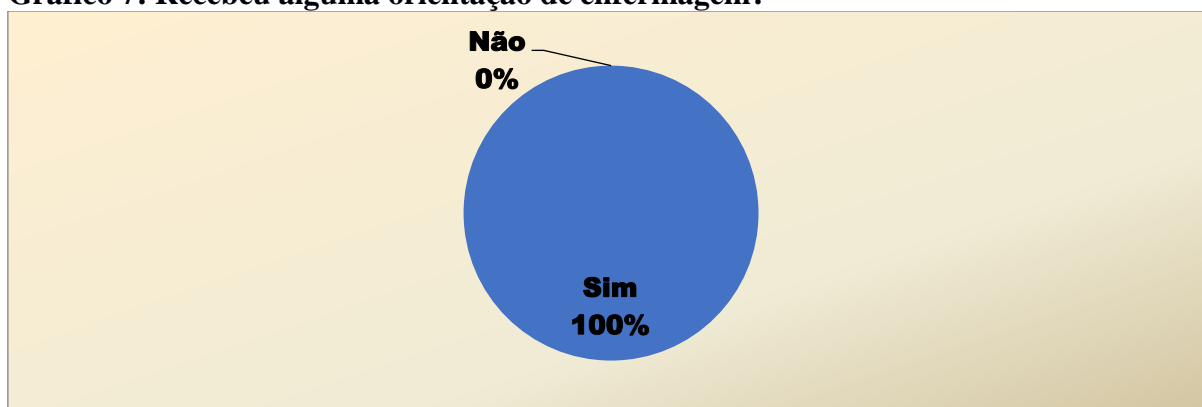
Fonte: Dados da pesquisa 2018., HRP

Ao serem questionados se faziam o uso de algum tipo de medicação controlada 80% (12) relataram não realizar uso de farmacos, onde 20% (03) disseram que faziam sim o uso de algum fármaco diariamente já na pesquisa de (Araújo et al., 2017) diz que 81, 48% dos idosos participantes da sua pesquisa fazem o uso de medicação anti-hipertensiva, contrariando os resultados encontrados pela pesquisa realizada no HRP.



Artigo

Gráfico 7: Recebeu alguma orientação de enfermagem?



Fonte: dados da pesquisa 2018., HRP

Como é mostrado no gráfico acima 100% (15) dos idosos internados receberam orientações de enfermagem e que dentre elas estavam a mudança de decúbito, cuidado com a ferida operatória, sua higienização corporal e a não deambulação como mostra também os estudos de (Filho, 2014), (Saldanha et al., 2016) e (Ayala et al., 2016) que relatam que essas orientações devem ser passadas e serem supervisionadas pelo profissional enfermeiro, já que ele é quem tem mais contato com o paciente enfermo, e com isso evite complicações operatórias ou não futuras, dando um bom prognóstico ao paciente.

CONCLUSÃO

Conclui-se, diante dos dados sócio demográficos que os 15 pacientes acometidos por fratura de fêmur têm como predominância o sexo feminino, que sua ocorrência é maior entre 71 e 90 anos de idade, que todos os idosos que participaram da pesquisa moram com alguém (marido, filho, nora).

Em relação ao objetivo da pesquisa ficou notório que a incidência maior ocorreu com o acidente de baixa energia, que é a queda da própria altura, onde quase todos os idosos necessitaram de algum procedimento cirúrgico. Eles se encontravam distintos quando se embasa em período operatório, mas a maioria se encontrava no período pré-



Artigo

operatório, a maioria dos entrevistados relatara que não tinham nenhum medo após o acidente.

Quando se tratou de algum tipo de doença preexistente quase todos relataram possuir e entre elas estava a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica, que podem ter algum fator de risco relacionado ao acidente ou não. Já quando eram questionados ao uso de medicação esse quadro se inverte onde a maioria relata que não faz uso de nenhum fármaco controlado, afastando assim efeitos colaterais que a medicação pode trazer e assim ocasionar o trauma ocorrido. Dentre as orientações de enfermagem, todos receberam a mesma orientação no período de internamento, mas os mesmo relataram que nenhuma instrução foi dada a eles pra quando os mesmo deixassem o hospital.

Foram encontrados muitos artigos relacionados a essa temática pertinente, pois a fratura de fêmur pode ser considerada um problema de saúde pública, tendo em vista sua grande incidência, daí se faz necessário conhecer sua população e o perfil de quem estamos tratando, para poder suprir as necessidades aparentes e só assim poder ter um controle.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO et al., 2017. Características dos Idosos que Realizaram Cirurgia Devido à Fratura de Fêmur. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde 2 (2) Julho/Dezembro 2017**. Disponível em: [file:///C:/Users/Franklin/Downloads/v2n2a04%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Franklin/Downloads/v2n2a04%20(2).pdf). Acesso em Abril de 2018.

AYALA et al., 2016. Cuidados de enfermagem na prevenção de úlcera por pressão em pacientes acamados no domicílio. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 37, n. 2, p. 25-38, jul./dez. 2016**. <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/23678>. Acesso em Março de 2018.

ABREU, OLIVEIRA., 2015. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemiartroplastia do quadril. **Rev. Bras. Ortop.**,v.50, n.5, p.530-536,2015. Disponível em:



Artigo

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010236162015000500530&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em Março de 2018.

ARGENTA, ZANATTA, LUCENA., 2016. Idoso em tratamento conservador de fratura proximal de fêmur e o cuidado de enfermagem numa perspectiva fenomenológica.

Escola Anna Nery (20)1 Jan – Mar 2016. Disponível em

:<http://www.redalyc.org/html/1277/127744318025/>. Acesso em Março de 2018.

DANIACHI et al., 2015. Epidemiologia das fraturas do terço proximal do fêmur em

pacientes idosos. **Rev. Bras. Ortop.**, v.50,n.4, p.371-377, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rbort/v50n4/pt_1982-4378-rbort-50-04-00371.pdf. Acesso em Abril de 2018.

FILHO., 2014. Assistência do enfermeiro a pacientes idosos com trauma de fêmur. **Rev. REnf. Fortaleza**, v. 08, n. 15, pag.14. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/173568/Oswaldo%20Marcondes%20Dos%20Santos%20Filho-EMG-TCC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 16 de março de 2017.

GUERRA et al., 2017. Mortalidade em um ano de pacientes idosos com fratura do

quadril tratados cirurgicamente num hospital do Sul do Brasil. **Rev. Bras. Ortop.**, v.52,

n.1, p.17-23, 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rbort/v52n1/pt_1982-4378-](http://www.scielo.br/pdf/rbort/v52n1/pt_1982-4378-rbort-52-01-00017.pdf)

[rbort-52-01-00017.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbort/v52n1/pt_1982-4378-rbort-52-01-00017.pdf). Acesso em Abril de 2018.

LOURES et al., 2015. Custo-efetividade do Tratamento Cirúrgico da Fratura do Quadril em Idosos no Brasil. **Rev. Bras. Ortop.**, v.50, n.1, p.38-42, 2015. Disponível em:

http://www.scielo.br/pdf/rbort/v50n1/pt_0102-3616-rbort-50-01-00038.pdf. Acesso em Abril de 2018.

MARTINS, MESQUITA.,2016. Fraturas da Extremidade Superior do Fêmur em Idosos. **Millenium**, 50 (jan/jun). Pp. 239-252. Disponível em:

<<http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/9624/6955>> Acesso em Março de 2018.



Artigo

NETO et al., 2017. Fratura de Fêmur em Idosos Hospitalizados: Revisão Integrativa. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit | Alagoas | v. 4 | n. 2 | p. 203-214 | Novembro 2017 | periodicos.set.edu.br**. Disponível em: Acesso em Abril de 2018.

NEVES, CAROLO, MOREIRA., 2016. Fatores de Risco Para Osteoporose e Fratura de Fêmur em Idosos de Curitiba. **Rev. Med. UFPR 4(4):159-165 Outubro-Dezembro/2016**. Disponível em:
https://revistas.ufpr.br/revmedicaufpr/article/view/50623/pdf_1. Acesso em Março de 2018.

PINHEIRO et al., 2015. A Síndrome Pós-queda em Idosos que Sofrem Fratura de Fêmur. **Cadernos de Estudos e Pesquisas / Vol.19 / N O 41 / JUN 2015 / Fisioterapia / Enfermagem ISSN 1517 – 5758**. Disponível em:
<http://www.revista.universo.edu.br/index.php?journal=1studospesquisa2&page=article&op=view&path%5B%5D=1671&path%5B%5D=1417>. Acesso em Março de 2018.

SALDANHA et al., 2016. Assistência à saúde do idoso: prevenção às quedas. **Amazônica de saúde - Revista Científica da Famato – v. 1, n. 1, jan./jun 2016**. Disponível em: <http://periodicos.fametro.edu.br/index.php/RAS/article/view/180>. Acesso em Março de 2018.

SALMASO et al., 2014. Análise de idosos ambulatoriais quanto ao estado nutricional, sarcopenia, função renal e densidade óssea. **Arq Bras Endocrinol Metab. 2014;58/3** Disponível em: http://www.aem-sbem.com/media/uploads/02_ABEM583_miolo.pdf. Acesso em Março de 2018.

SILVA., 2016. Avaliação de Pacientes com Fratura de Fêmur Estabilizada com Fixador Externo Linear em um Hospital Referência em Trauma. **Coleciona SUS (Brasil) I ID: sus-31704**. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/sus-31704>. Acesso em Março de 2018.

SOARES et al., 2015. Análise dos fatores associados a quedas com fratura de fêmur em idosos: um estudo caso-controle. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2015; 18(2):239-248**. Disponível em:
https://www.researchgate.net/profile/Luane_Mello/publication/282468311_Analise_



Temas em Saúde

Volume 19, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

dos_fatores_associados_a_quedas_com_fratura_de_femur_em_idosos_um_estudo_caso
controle/links/563e22e908aec6f17dda9e57.pdf. Acesso em Março de 2018.



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE IDOSOS ACOMETIDOS COM FRATURA DE FÊMUR E CONDUTA DE
ENFERMAGEM A ELES PRESTADA EM UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DO SERTÃO PARAIBANO

Páginas 343 a 358

Artigo

**PREVENÇÃO DO SUICÍDIO PELOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO
BÁSICA: PRÁTICAS E DESAFIOS**

**PREVENTION OF SUICIDE BY NURSES IN BASIC CARE: PRACTICES AND
CHALLENGES**

Esthéfanny Jorge Ribeiro¹

Maria Thereza da Silva Gonçalves²

Mayara Dias de Souza³

Maura Vanessa Silva Sobreira⁴

Francisco Andesson Bezerra da Silva⁵

RESUMO - Objetivo: Analisar as práticas de enfermeiros da atenção básica acerca da prevenção do suicídio. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, realizada com 17 enfermeiros que atuam em unidades básicas de saúde localizadas na cidade de Cajazeiras-PB. As informações foram obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas mediante agendamento. Os dados foram analisados conforme a técnica de análise de conteúdo. **Conclusão:** No que se refere à prevenção do suicídio, é imprescindível a adoção de um cuidado científico, longitudinal, resolutivo e dinâmico, planejado de acordo com as peculiaridades individuais e coletivas. A disposição e o empenho, por parte dos enfermeiros, em reorientar práticas, o interesse em compreender a temática do suicídio aliada à capacitação profissional, por meio da

¹Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba, Brasil; e-mail: esthefanny_ip@hotmail.com;

²Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba, Brasil; e-mail: therezamaría94@gmail.com;

³Graduanda em Enfermagem pela Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba, Brasil; e-mail: mayara_dis@hotmail.com;

⁴Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Mestre em Enfermagem – UFRN, Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Docente da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras, Paraíba, Brasil; e-mail: mauravsobreira2@gmail.com;

⁵ Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos, SP, especialista em Gestão das Políticas em DST/aids, Hepatites Virais e Tuberculose pela UFRN, Natal, RN, Gerente Regional de Saúde da 10ª Gerência Regional de Saúde, e-mail: andessonbr@hotmail.com.



Artigo

educação permanente em saúde, favorece a superação das dificuldades relacionadas às práticas de prevenção do suicídio na atenção básica.

Palavras-chave: Enfermagem; Prevenção primária; Suicídio.

ABSTRACT - Objective: To analyze the practices of primary care nurses about suicide prevention. **Methodology:** This is an exploratory and descriptive research with qualitative approach, conducted with 17 nurses who work in basic health units located in the city of Cajazeiras-PB. The information was obtained through semi-structured interviews conducted by appointment. Data were analyzed according to the content analysis technique. **Conclusion:** With regard to suicide prevention, it is essential to adopt a scientific, longitudinal, resolute and dynamic care, designed according to individual and collective peculiarities. The willingness and commitment of nurses to reorient practices, the interest in understanding the theme of suicide, combined with professional training through continuing health education, favors the overcoming of difficulties related to suicide prevention practices in care. basic.

Keywords: Nursing; Primary prevention; Suicide.

INTRODUÇÃO

Etimologicamente, o termo suicídio é oriundo do Latim, derivado da junção de duas palavras: *sui* que significa si mesmo e *caederes*, ação de matar. É um fenômeno complexo, multicausal, constando um importante indicador de qualidade de vida. Tem impactos negativos tanto na família como na sociedade já que expressa a morte, a partir da própria vítima, provocando repercussões no contexto de suas relações. Constituindo-se assim, em um sério problema de saúde pública (SANTOS et al., 2017; HECK et al., 2012).

O comportamento suicida é entendido como o ato de autoagressão praticado pelo sujeito, independentemente da letalidade desse ato ou conhecimento genuíno dessa atitude. Pode ser dividido em quatro momentos: ideação de realizar o suicídio, planejamento para concretizá-lo, as tentativas e, finalmente, o suicídio (DIEHL et al., 2011; SILVA; NÓBREGA; OLIVEIRA, 2018).



Artigo

De acordo com Heck et al. (2012), o suicídio não está relacionado a uma causa biológica ou hereditária; e sim, ao fato de que o indivíduo não encontra mais sentido em conviver coletivamente. Já Abreu et al. (2010) afirmam que o comportamento suicida pode ter origens genéticas, relacionadas a hereditariedade de transtornos psiquiátricos, como a esquizofrenia, por exemplo. E complementa dizendo que o risco para esse comportamento é uma conjugação entre o biológico e o psicossocial, onde um potencializa o outro.

De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), a incidência mundial de suicídio chegará a cerca de 1,53 milhões de pessoas em 2020, com um cálculo entre 10 a 20 vezes maior para casos de tentativa. No período de 2011 a 2015, foram registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) 55.649 óbitos por suicídio (SILVA; NÓBREGA; OLIVEIRA, 2018; BRASIL, 2017).

Sendo um fenômeno prevenível, é importante que o trabalho com o comportamento suicida ultrapasse os limites da psiquiatria e psicologia, de tal forma que outros profissionais estejam também habilitados a realizar a prevenção. Destaca-se, nesse contexto, a necessidade das ações em rede e do fortalecimento da atenção primária, porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) (BOTEGA et al., 2006).

Evidenciou-se que mais de 75% das pessoas que cometeram suicídio procuraram um serviço de atenção primária à saúde no ano de sua morte e, nesse grupo, 45% procuraram a UBS no mesmo mês em que cometeram suicídio (SILVA et al., 2017). Sendo assim é possível constatar o papel fundamental dos profissionais da atenção básica, destacando a figura do enfermeiro que desempenha importante função devido à proximidade e potencialidade para formação de vínculo com a comunidade, possibilitando a detecção precoce de fatores de risco para suicídio, reduzindo o comportamento autodestrutivo (KOHLEAUSCH et al., 2008).

Diante da constatação de que os índices de óbitos por suicídio só crescem e que se trata de um agravo preocupante que atinge a saúde e a sociedade, busca-se responder os seguintes questionamentos a partir desse estudo: Qual a compreensão dos enfermeiros que atuam em unidades básicas de saúde em uma cidade do alto sertão paraibano sobre o suicídio? Quais ações são realizadas por eles para a prevenção do suicídio? Quais dificuldades e desafios são encontrados para promover a prevenção do suicídio?

O estudo poderá colaborar com a elucidação das práticas dos enfermeiros na prevenção do suicídio no contexto da atenção básica, possibilitando através da divulgação dos resultados, destacar a temática ainda pouco investigada na literatura.



Artigo

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, realizada em unidades básicas de saúde de uma cidade localizada na Mesorregião do Sertão Paraibano. A população analisada foi constituída por doze enfermeiros que atuam na Atenção Básica (AB). Desta forma, a amostra foi constituída pelos profissionais que se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão, estando inclusos os enfermeiros que possuíssem no mínimo um ano de experiência no serviço e que atuavam em UBS localizadas na zona urbana. Estando excluídos os enfermeiros que estavam de férias e que não aceitaram participar da pesquisa.

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, e direcionado para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria, tendo sido aprovado com parecer de nº 3.198.109.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do projeto pelo CEP, sendo que inicialmente foi encaminhado um ofício para a coordenadora da rede municipal de saúde responsável pelas Unidades de Saúde da Família explicando os objetivos do estudo, bem como solicitando autorização para realização da coleta.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um roteiro semiestruturado organizado por uma série ordenada de perguntas, contendo questões de caracterização dos profissionais e questões específicas acerca do tema prevenção do suicídio.

Antes da aplicação do instrumento de coleta os profissionais foram informados sobre os objetivos do estudo e foi apresentado aos mesmos o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). A aceitação em participar da pesquisa foi confirmada mediante assinatura do TCLE, o que autorizou a realização da mesma.

A interpretação e análise dos dados obedeceram ao procedimento de análises dos conteúdos qualitativos, conforme a técnica de análise de conteúdo de Bardin, organizada em três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na primeira fase, a pré-análise, compreendeu a leitura geral e organização do material a ser investigado, no caso, o resultado da aplicação dos questionários. Na segunda fase, a exploração do material, o texto foi recortado em unidades de registro. Consideram-se como unidades de registro, os parágrafos de cada questão discursiva dos questionários. Desses parágrafos, as palavras-chaves foram identificadas, fez-se o resumo de cada parágrafo para realizar a categorização de acordo com os temas. A terceira fase compreendeu o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Respaldo-se no referencial teórico e feito por meio de análise comparativa, realizada através da justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos



Artigo

considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Na formação da pesquisa foram considerados os requisitos apresentados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa e testes em seres humanos.

RESULTADOS

O estudo é constituído por uma população de adultos jovens, considerando que 50% (06) dos enfermeiros encontram-se na faixa etária entre 31 – 37 anos de idade, 25 % (03) encontram-se na faixa etária entre 24 – 30 anos e os outros 25% correspondem a faixa etária acima de 37 anos.

Em relação ao sexo, houve uma predominância feminina, considerando que, de 12 enfermeiros que participaram do estudo, 10 (84%) eram do sexo feminino e 02 (16%) do sexo masculino.

A partir dos dados pode-se inferir que o sexo feminino na enfermagem ainda se faz presente no atual contexto social, refletindo acontecimentos do passado quando a profissionalização feminina, ocorrida no século XIX, era relacionada aos papéis tradicionais femininos como o ato de servir, de cuidar, de educar (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013).

No que se refere ao tempo de formação 35% (04) são graduados há menos de cinco anos, 25% (03) tem entre seis e dez anos de formação e 40% (05) são graduados há mais de dez anos. Em relação ao tempo de atuação na atenção básica, 75% (9) dos profissionais atuam há mais de cinco anos, 16% (02) atuam entre seis e 10 anos e 9% (01) atua há mais de dez anos. Dentre os que possuem especialização, 75% (09) possuem pós-graduação em Saúde da Família, 16% (02) possuem pós-graduação em outras áreas e 9% (01) não possui especialização.

É importante destacar que os dados relacionados à especialização dos profissionais mostram-se satisfatórios, pois a maioria possui pós-graduação relacionada a área de atuação o que contribui ainda mais para a qualidade do processo de trabalho.



Artigo

DISCUSSÃO

Por questões éticas e para resguardar a identidade dos participantes da pesquisa, optou-se por criar uma classificação numérica antecedida da letra *E*, ou seja, as identificações *E1*, *E2*, *E3*, *E4*, *E5*, *E6*, *E8*, *E9*, *E10*, *E11* e *E12*, correspondem ao conjunto de nossa amostra.

Em relação às questões discursivas do estudo, estas foram organizadas em quatro categorias, a primeira se refere a compreensão dos enfermeiros sobre o suicídio; a segunda está relacionada ao entendimento sobre o papel do enfermeiro da atenção básica na prevenção do suicídio; a terceira propõe descrever as ações por eles realizadas para a prevenção e a quarta visa elencar as dificuldades e desafios enfrentados para a prevenção do suicídio.

Diante da análise da compreensão do suicídio podemos destacar que os enfermeiros que participaram do estudo têm ciência sobre o conceito de suicídio, definindo-o como uma situação de desequilíbrio e desespero, falta de solução e de ajuda, uma alta violência, essa percepção é evidente nos fragmentos a seguir:

[...] tirar a própria vida (E2, E6,E7,E8,E12, 2019)

[...] ato de atentar contra sua própria vida (E11, 2019)

É acabar com a própria vida (E3, 2019)

Quando a vítima se encontra sem saída para solucionar um problema (E4, 2019)

Um ato de desespero, a fim de colocar fim em um sofrimento (E9, 2019)

Etimologicamente, o termo suicídio é oriundo do Latim, derivado da junção de duas palavras: *sui* que significa si mesmo e *caederes*, ação de matar. Ou seja, ação de matar a si mesmo (SANTOS et al., 2017).

Indo além da etimologia, o suicídio é um ato consciente de autodestruição, vivenciado por um indivíduo em situação de vulnerabilidade, que o encara como a melhor maneira para sair de uma dor psicológica insuportável. Objetivando, dessa forma, dar fim à própria vida (RIBEIRO et al., 2018).

O comportamento suicida se refere a um tipo de conduta da pessoa que busca estratégias para aniquilar-se, essas estratégias vão desde a autoagressão até a própria



Artigo

morte. Aparece sob a forma de ideação suicida, quando há pensamentos que sustentam o desejo de dar fim à existência e se agrava quando acompanhados de um plano suicida a respeito do método a ser utilizado para o auto aniquilamento. Como tentativa de suicídio, quando envolve condutas voltadas à autoagressão em que há intenção de se matar, podendo resultar em ferimentos ou morte. Se a tentativa de suicídio resulta em morte, passa a ser definida como suicídio (BAHIA et al., 2017).

É essencial que, antes de tudo, o profissional conheça e compreenda a problemática e, embasado por uma visão holística do sujeito como também do contexto social no qual o mesmo está inserido, seja capaz de identificar fatores predisponentes e precipitantes e, partir da identificação, haja o desenvolvimento de um plano terapêutico que busque a prevenção.

Entende-se por fatores predisponentes, aqueles que estão diretamente ligados a prevalência do suicídio, tais como características sociodemográficas (idade, sexo e etc), fatores genéticos (esquizofrenia), transtorno mental (depressão, ansiedade, transtorno de personalidade) e fatores precipitantes, que são desencadeados por fatores estressores (perda ou luto, desemprego, separação conjugal). De acordo com OMS, a tentativa prévia de suicídio é o fator mais importante para avaliação do risco, sendo um ponto de partida para uma avaliação sobre a existência de planos e métodos (MELO et al., 2018).

Estratégias devem ser desenvolvidas em todo o processo do cuidado, desde de mecanismos para a identificação dos fatores de risco, que nem sempre são tão facilmente detectáveis, até o planejamento de uma assistência que vise a prevenção. A visão dos profissionais sobre o papel dos enfermeiros da atenção básica na prevenção do suicídio está voltada para o acolhimento, a prevenção e a orientação. Destacada nos seguintes relatos:

Orientação [...] (E2, 2019)

Prevenção e orientação para que o potencial “suicida” não cometa este ato (E3, 2019)

[...] orientar ações preventivas, além de apoiar indivíduo e família (E5, 2019)

[...] identificar e prevenir o suicídio [...] o enfermeiro [...] consegue criar maior vínculo com a comunidade, este [...] muitas vezes consegue identificar atitudes que antecedem este fato [...] (E6, 2019)



Artigo

Fazer uma escuta comprometida e identificar possíveis sinais [...] (E7, 2019)

Uma conversa qualificada com orientações acerca do suicídio [...] (E10, 2019)

O primeiro contato, sem dúvidas, é definidor para a formação de uma relação de confiança entre o usuário e o profissional de saúde. O estabelecimento desse vínculo é necessário para o sucesso das consultas subsequentes, possibilitando, até firmar um contrato terapêutico enfermeiro-usuário.

Entre as atribuições que competem ao enfermeiro, enquanto integrante da equipe de saúde da família, está a responsabilidade de acolher os usuários por meio da escuta de suas necessidades, estabelecimento de vínculo terapêutico, possibilitando a identificação de riscos e vulnerabilidades, o que contribui para o planejamento do cuidado (SILVA et al., 2017).

A escuta terapêutica é uma ferramenta eficaz de comunicação onde o profissional necessita tornar-se disponível para a construção de vínculo com o paciente, considerando que este, necessita expor seus sentimentos, medos e inseguranças para que possa ser tratado com sucesso e para isso precisa se sentir a vontade e em um espaço acolhedor (FERNANDES; LIMA; SILVA, 2018).

Considerando que o suicídio não atinge somente o indivíduo que o cometeu ou que tentou comete-lo, mas também a família e a comunidade no qual este está inserido, é importante que as ações de identificação de risco, de prevenção e orientação tenha uma abrangência individual e também coletiva.

Os trabalhadores de saúde da ESF atuam inseridos na própria comunidade e possuem um vínculo construído com as famílias de sua área adstrita, facilitando o desenvolvimento de ações de saúde direcionadas às necessidades da população, pois conhecem e vivenciam esta mesma realidade. O enfermeiro, portanto, pode se apropriar dessa oportunidade para atuar na promoção da saúde mental, que é uma ferramenta para o enfrentamento de relevantes problemas de saúde pública, dentre eles o suicídio (SILVA et al., 2016).

O enfermeiro, como já anteriormente relatado, encontra-se em posição estratégica para atuar na promoção e prevenção da saúde. Em se tratando dos problemas relacionados a saúde mental como é o caso do suicídio, sabe-se que, de acordo com dados do Ministério da Saúde, 22 a 25% dos usuários atendidos pelas Equipes de Saúde da Família apresentam transtornos mentais, e que estes são considerados fatores predisponentes para o



Artigo

comportamento suicida (OLIVEIRA et al., 2017). Dessa forma é imprescindível o desenvolvimento de ações, por parte dos enfermeiros, para a prevenção do suicídio. As ações apontadas pelos enfermeiros envolvem ações educativas, trabalho com grupos, suporte do NASF e encaminhamento. Assim relatam:

Orientações e palestras no setembro amarelo (E1, 2019)

Palestras e rodas de conversa (E2, 2019)

Educação em saúde [...] (E3, 2019)

Ações preventivas em educação em saúde para a população (E5, 2019)

Na unidade possuímos o “grupo de tabagismo” onde é feito reuniões semanais. Solicitação de apoio matricial nos casos mais graves (E8, 2019)

[...] solicitar apoio ou encaminhar para serviço especializado [...] (E7, 2019)

[...] apoio da equipe multiprofissional do NASF (E9, 2019)

[...] encaminhamento do paciente para uma equipe multiprofissional como o NASF [...] (E10, 2019)

Usualmente os grupos realizados na atenção básica são os de educação em saúde, sendo apoiados e valorizados pela ESF nesse nível assistencial pela proposta de promoção e prevenção. De modo geral, esses grupos são considerados como ações educativas e, quando realizados em conjunto com outros profissionais, a exemplo o psicólogo, de forma dinâmica em um modelo horizontal, proporcionam um compartilhamento de saberes e incentiva a corresponsabilização do cuidado. Porém, por vezes são realizados em modelos clássicos de transmissão vertical de informações, onde os profissionais fazem palestras para expor problemas de saúde. Este último modelo apresenta dificuldades referentes à adesão dos usuários, pois além de não estimular a participação nem a corresponsabilização no processo de construção da saúde, é monótono e repetitivo (BRASIL, 2011).



Artigo

A educação em saúde proporciona a mudança de realidade por meio da conscientização dos indivíduos. Compreende-se que, a postura de “escuta atenta” e abertura ao saber do outro possibilita a construção compartilhada do conhecimento e de processos de cuidados diferenciados a partir dessa construção. Trabalhar questões que vão além do biológico com os usuários permitirá o desenvolvimento de comportamentos e atitudes favoráveis ao cuidado de saúde, para melhoria da qualidade de vida da população assistida (ANDRADE et al., 2013).

Em relação à interação entre a AB e os demais componentes da rede, é importante destacar que há diferença entre solicitar apoio matricial e encaminhar o indivíduo para um serviço especializado como o CAPS, por exemplo. O apoio matricial envolve uma assistência multiprofissional baseada na multidisciplinaridade, a fim de promover um cuidado integral, além disso, também faz parte desse cuidado o acompanhamento longitudinal que promove a responsabilidade compartilhada por parte da equipe da ESF. Já o encaminhamento promove a quebra dessa corresponsabilização, pois, ao ser encaminhado a um serviço especializado, este usuário está agora sob a responsabilidade do serviço para o qual foi encaminhado.

O apoio matricial (AM) norteia o processo de integração entre saúde mental e atenção básica e é entendido como uma nova proposta que visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: referências e contra referências, encaminhamentos e protocolos, em ações horizontais fundamentadas no trabalho interdisciplinar e multiprofissional em que não haja um olhar fragmentado sobre a pessoa em sofrimento mental, mas sim a responsabilidade compartilhada do cuidado (MAFTUM et al., 2017).

Ocorre uma pactuação entre profissionais de referência e profissionais de apoio matricial. A equipe de referência, neste estudo representada pela equipe da ESF, tem a responsabilidade de condução de um caso individual, familiar ou comunitário, na perspectiva de acompanhamento longitudinal. E a de apoio matricial, composta por especialistas, possui conhecimento e perfil diferente dos profissionais de referência, podendo dessa forma, agregar conhecimentos e contribuir com intervenções que aumentem a resolutividade de problemas de saúde acompanhados pela equipe de referência (ARAÚJO; AVEIRO, 2018).

Atualmente, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) é a estratégia de matriciamento desenvolvido pelo SUS na ESF, sendo implementado na realidade dos serviços de atenção básica, com o objetivo de ampliar sua abrangência e suas ações. É constituído por equipes formadas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento onde cada equipe é responsável por um número determinado de unidades da ESF,



Artigo

realizando matriciamento e construindo articulações com os serviços de referência existentes, tais como o CAPS (AZEVEDO et al., 2014).

A falta de capacitação dos profissionais, a baixa adesão da comunidade às atividades de educação em saúde, a negação, o medo e o estigma social ainda presente relacionado ao adoecimento mental, dando destaque para o suicídio e a fragilidades da rede foram atribuídos como dificuldades e desafios para a prevenção do suicídio pelos enfermeiros participantes da pesquisa.

Não há dúvidas que o estigma atribuído a qualquer desestabilidade psíquica gera medo e insegurança no sujeito que está passando por algum sofrimento psicológico. Isso limita a busca de ajuda, assim como revelado nas falas dos enfermeiros a seguir:

As dificuldades estão justamente nesse estigma em falar sobre e falar com quem já tentou o suicídio (E6, 2019)

A participação da população (E2, 2019)

As dificuldades [...] parte do próprio paciente na negação dos problemas que enfrentam [...] (E12, 2019)

[...] receio das pessoas em expor os seus anseios [...] (E11, 2019)

Como já anteriormente destacado, a posição privilegiada da ESF, ou seja, sua inserção na comunidade viabiliza aos profissionais da saúde, com destaque para o enfermeiro, trabalhar com usuários essa temática do suicídio, seja em consultas individuais, na própria unidade, por meio de visitas domiciliares, busca ativa, ações educativas utilizando metodologias ativas e dinâmicas fazendo com que indivíduo e comunidade não só compreenda a problemática mas também se sinta acolhido, respeitado, compreendido e responsável por sua própria saúde.

No entanto, a marginalização que envolve o comportamento suicida não se manifesta apenas por meio dos estigmas rotulados pela sociedade, mas também ao despreparo para lidar com o fenômeno (SILVA; SOUGEY; SILVA, 2015). Muitos profissionais da atenção básica sentem-se inseguros para exercer seu papel devido falta de preparo ou conhecimento para identificar e atuar nas situações precoces, capacitação profissional para lidarem com questões de saúde mental e carência de uma rede de apoio (FERREIRA et al., 2018). O que se confirma nos relatos a seguir:

Falta de capacitação para alguns profissionais (E1, 2019)



Artigo

Falta de capacitação para lidar com pacientes psiquiátricos com pensamentos suicidas (E3, 2019)

Como dificuldade encontrada está a fragilidade da rede não ser bem estruturada [...] na maioria das vezes não proporciona resposta satisfatória a necessidade do usuário (E8, 2019).

Os profissionais de enfermagem apresentam dificuldades em lidar com situações que envolvem a tentativa e o suicídio propriamente dito. Desse modo, a avaliação do comportamento suicida representa muitas vezes um desafio para estes trabalhadores interferindo diretamente nas intervenções realizadas. Dessa forma, destaca-se a necessidade de qualificação desses profissionais com a finalidade de oferecer cuidados efetivos a pessoas com risco ou tentativa de suicídio (REISDORFER et al., 2015).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é considerada uma estratégia para a reorganização das práticas de formação, atenção, gestão e controle social no setor da saúde, em especial na AB (OLIVEIRA et al., 2016). Por intermédio da EPS, os profissionais se tornarão cada vez mais capacitados e seguros para lidarem com a problemática, tanto na investigação do fenômeno, quanto nas intervenções diante da constatação do risco de suicídio (MAIA et al., 2017).

Em relação a Rede de Atenção à Saúde (RAS), esta precisa atuar de forma Inter setorial com o maior nível de capilaridade possível, considerando a gravidade que envolve o comportamento suicida. O indivíduo que lida com este problema necessita de uma assistência baseada na escuta qualificada, responsabilidade compartilhada e integralidade do cuidado, a fim de que haja o desenvolvimento de um plano terapêutico multidisciplinar e resolutivo. A fragmentação do cuidado representa um retrocesso para a saúde pública e, sendo assim, é necessário desenvolver meios para superá-la, entendendo que o usuário está além da doença, necessitando, portanto, de uma assistência de qualidade.

CONCLUSÃO

Pretendeu-se através deste estudo analisar as práticas dos enfermeiros da Atenção Básica direcionadas à prevenção do suicídio, identificando as ações realizadas para essa prevenção, bem como, enumerando as dificuldades e desafios encontrados para execução dessas práticas.



Artigo

Inicialmente percebe-se que os profissionais de enfermagem dispõem do conhecimento acerca do conceito de suicídio, onde foram mencionadas definições que vão de encontro com a literatura.

A partir da análise das práticas e ações desenvolvidas pelos enfermeiros para a prevenção do suicídio, bem como a identificação das dificuldades enfrentadas por eles na promoção dessa prevenção, foi possível refletir sobre a conveniência dos profissionais participantes do estudo se posicionarem como agentes transformadores frente aos desafios vivenciados diante das questões do suicídio. É imprescindível a adoção de um cuidado científico, longitudinal, resolutivo e dinâmico, planejado de acordo com as peculiaridades individuais e coletivas.

Dessa forma, conclui-se que, a disposição e o empenho, por parte dos enfermeiros, em reorientar práticas, o interesse em compreender a temática do suicídio aliados a capacitação profissional por meio da educação permanente em saúde, favorece a superação das dificuldades relacionadas as práticas de prevenção do suicídio na atenção básica.

REFERÊNCIAS

ABREU, Kelly Piacheski de et al. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia. Vol. 12, n. 1, p. 195-200, 2010. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/pdf/v12n1a24.pdf>> Acesso em: 30 ago. 2018.

ANDRADE, Ana CV et al. Planejamento das ações educativas pela equipe multiprofissional da Estratégia Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, v. 37, n. 4, p. 439-49, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/planejamento_acoes_educativas_equipe_multiprofissional.pdf> Acesso em: 04 mai. 2019.

ARAÚJO, Fabiane Aquino Lourenço de; AVEIRO, Mariana Chaves. Apoio matricial em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 85-103, 2018. Disponível em: <<http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2259/1843>> Acesso em 28 out. 2018.



Artigo

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de et al. Atenção básica e saúde mental: um diálogo e articulação necessários. **Revista de APS**, v. 17, n. 4, 2014. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2059/849>> Acesso em: 26 out. 2018.

BAHIA, Camila Alves et al. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 9, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232017002902841&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 13 out. 2018.

BOTEGA, Neury José et al. Prevenção do comportamento suicida. **Psico**, v. 37, n. 3, p. 5, 2006. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/revistapsico/ojs/index.php/>> Acesso em: 30 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: 2011, 236 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde**. [recuso eletrônico] Volume 48, Nº 30, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>> Acesso em: 07 set. 2018.

DIEHL, Alessandra et al. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas** – Porto Alegre: Artmed, 2011.

FERREIRA, Micheli Leal et al. Comportamento suicida e atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, v. 9, n. 4, 2018. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1803>> Acesso em: 21 mar. 2019.

FERNANDES, Márcia Astrês; LIMA, Gilmara Abreu; SILVA, Joyce Soares. Escuta terapêutica como estratégia de prevenção ao suicídio: relato de experiência. **Rev. enferm. UFPI**, v. 7, n. 1, p. 75-79, 2018. Disponível em:



Artigo

<<http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/6597/pdf>> Acesso em: 13 out. 2018.

HECK, Rita Maria et al. Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a03v21n1>> Acesso em: 30 ago. 2018

KOHLRAUSCH, Eglê et al. Atendimento ao comportamento suicida: concepções de enfermeiras de unidades de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 4, p. 468-475, 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6628/390>> Acesso em: 26 ago. 2018.

MAFTUM, Mariluci Alves et al. Mudanças ocorridas na prática profissional na área da saúde mental frente à reforma psiquiátrica brasileira na visão da equipe de enfermagem. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 309-314, 2017. Disponível em: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3626/pdf_1> Acesso em: 13 out. 2018.

MAIA, Rodrigo da Silva et al. Comportamento suicida: reflexões para profissionais de saúde. **Rev. Bras. Psicoter.(Online)**, v. 19, n. 3, p. 33-42, 2017. Disponível em: <http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=234> Acesso em: 21 mar. 2019.

MATOS, Izabella Barison; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti; DE OLIVEIRA, Maria Conceição. Profissões e ocupações de saúde eo processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea digital**, v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/118035/000894801.pdf?sequence=1>> Acesso em: 03 mai. 2019.

MELO, Cynthia de Freitas et al. Percepção da população brasileira sobre o suicídio. **Revista de pesquisa: cuidados fundamentais**, v. 10, n. 4, p. 1085-1090, 2018. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6328/pdf_1> Acesso em: 04 mai. 2019.



Artigo

OLIVEIRA, Elisangela Costa de et al. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n3/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0040.pdf> Acesso em: 13 out. 2018.

OLIVEIRA, Mariana Policena Rosa de et al. Formação e qualificação dos profissionais de saúde: fatores associados à qualidade dos serviços de atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 547-559, 2016 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000400547&lng=pt&tlng=pt> Acesso em: 03 mai. 2019.

REISDORFER, Nara et al. Suicídio na voz de profissionais de enfermagem e estratégias de intervenção diante do comportamento suicida. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 2, p. 295-304, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/16790>> Acesso em: 22 mar. 2019

RIBEIRO, Nilva Maria et al. Análise da tendência temporal do suicídio e de sistemas de informações em saúde em relação às tentativas de suicídio. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072018000200310> Acesso em: 19 out. 2018.

SANTOS, Ronald Seixas et al. A atuação do enfermeiro com a pessoa em situação de suicídio: análise reflexiva. **Revista de enfermagem UFPE online**, v. 11, n. 2, p. 742-748, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11995/14564>> Acesso em: 14 ago. 2018.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Rev Eletr.** v. 15, n. 1, p. 01-14, 2015. Disponível em: <<http://oficinas.incubadora.ufsc.br/index.php/Lucasfranco/article/view/2336/2155>> Acesso em: 12 nov. 2018.



Artigo

SILVA, Geslaney Reis da et al. Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: percepções da equipe de saúde da família. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2016. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/>> Acesso em: 05 mai. 2019.

SILVA, Nayra Karoline Neco da et al. Ações do enfermeiro na atenção básica para prevenção do suicídio. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 13, n. 2, p. 71-77, 2017. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/803/80356637003.pdf>> Acesso em: 28 out. 2018.

SILVA, Priscila Freitas; NÓBREGA, Maria do Perpétuo Socorro Sousa; OLIVEIRA, Elda. Conhecimento da equipe de enfermagem e agentes comunitários sobre o comportamento suicida. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 1, p. 112-117, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23511/25906>> Acesso em: 25 ago. 2018.

SILVA, Tatiana de Paula Santana da; SOUGEY, Everton Botelho; SILVA, Josimário. Estigma social não comportamento suicida: reflexos bioéticos. **Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 419-426, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361540658021>> Acesso em: 17 mar. 2019.



Artigo

**PREVENÇÃO E CUIDADOS AO PACIENTE ADULTO COM DIABETES
MELLITUS**

**PREVENTION AND CARE FOR THE ADULT PATIENT WITH DIABETES
MELLITUS**

Kalyane Souza Amarante¹

Aliny Clegia Trindade²

Edil Bezerra Santos³

Luzia Maria Santos da Silva⁴

Paloma Keila de Medeiros⁵

Maria Mirtes da Nóbrega⁶

RESUMO - A diabetes mellitus é uma das doenças crônicas não-transmissíveis que modificam bruscamente a forma de vida da maior parte das pessoas. Estas doenças não estão associadas à pré-disposição genética, vários fatores corroboram com o surgimento da mesma, como o ambiente em que o indivíduo está inserido, estilo de vida, vícios, condições físicas, sedentarismo, alimentação inadequada, entre outros. Este estudo tem como objetivo destacar a importância da prevenção e cuidados ao paciente adulto com diabetes mellitus. Assim, este estudo foi realizado através de uma revisão de literatura com busca de fontes secundárias de informações em bases de dados online em abril de 2018. Foram encontrados 15 artigos publicados no período de 2013 a 2018, e 01 protocolo do Ministério da Saúde, sendo que apenas 09 compuseram a amostra deste estudo. A síndrome metabólica e suas complicações apresentam interfaces que constituem alvos terapêuticos comuns, exemplo disso é o controle da obesidade, que mostra melhoria em todos os parâmetros da diabetes mellitus. Medidas farmacológicas e não farmacológicas tem como objetivo controlar a hiperglicemia, hipertensão, a dislipidemia e a

¹ Discente de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos, 9º período, Técnica de Enfermagem na pela Escola Técnica de Enfermagem Dra. Miriam Nóbrega;

² Discente de Enfermagem das Faculdades Integradas de Patos, 9º período pelas FIP-PB;

³ Discente de enfermagem das Faculdades Integradas de Patos, 9º período – FIP-PB;

⁴ Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva com Ênfase em Estratégia Saúde da Família das FIP-PB;

⁵ Discente de enfermagem das Faculdades Integradas de Patos, 5º período – FIP-PB;

⁶ Enfermeira Mestre em Ciências da Educação, professora das FIP-PB. Orientadora.



Artigo

microalbuminúrica, que reduz o risco de doenças cardiovasculares como a retinopatia, nefropatia e neuropatia.

Palavras-chave: Cuidados; Diabetes Mellitus; Enfermagem; Prevenção.

ABSTRACT - Diabetes mellitus is one of the non-communicable chronic diseases that abruptly changes the lifestyle of most people. These diseases are not associated with genetic predisposition, several factors corroborate its emergence, such as the environment in which the individual is inserted, lifestyle, addictions, physical conditions, physical inactivity, inadequate diet, among others. This study aims to highlight the importance of prevention and care for adult patients with diabetes mellitus. Thus, this study was conducted through a literature review searching for secondary sources of information in online databases in April 2018. We found 15 articles published from 2013 to 2018, and 01 protocol from the Ministry of Health. only 9 composed the sample of this study. The metabolic syndrome and its complications present interfaces that constitute common therapeutic targets, an example of this is the control of obesity, which shows improvement in all parameters of diabetes mellitus. Pharmacological and non-pharmacological measures aim to control hyperglycemia, hypertension, dyslipidemia and microalbuminurics, which reduce the risk of cardiovascular diseases such as retinopathy, nephropathy and neuropathy.

Keywords: Care; Diabetes Mellitus; Nursing; Prevention.

INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* (DM) é a condição crônica que mais cresce, principalmente nos países em desenvolvimento (REIS et al., 2015). A DM é uma das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) que modificam bruscamente a forma de vida da maior parte das pessoas. Estas doenças não estão associadas à pré-disposição genética, vários fatores corroboram com o surgimento da mesma, como o ambiente em que o indivíduo está inserido, estilo de vida, vícios, condições físicas, sedentarismo, alimentação inadequada, entre outros. Receber o diagnóstico da doença desestabiliza emocionalmente o paciente que acaba entrando em desespero e aflição. É necessário que esse indivíduo tenha um cuidado integral a sua saúde, que irá proporcionar a essas pessoas um direcionamento



Artigo

correto para suas vidas que vise melhor qualidade de vida e autonomia (PETERMANN et al., 2015).

Segundo Silva (2015) no Brasil, 11% da população acima de 40 anos é portadora de DM tipo 2. O que representa cerca de 5 milhões em todo país. Os adultos com idade igual ou acima de 18 anos com diagnósticos de DM, são maioria no Sudeste e representam 5,8% da população dessa região. Vale destacar que 7,5 % possuem baixa escolaridade e 6,1% pertence ao sexo feminino. A incidência e prevalência DM no mundo está diretamente ligada ao aumento da urbanização, os maus hábitos (dieta inadequada, sedentarismo) e obesidade.

Cubas (2013) afirma que, independente do desenvolvimento de um país, o DM é um problema importante e crescente da Saúde Pública. A DM tipo 2 está aumentando nas faixas etárias avançadas em virtude do aumento da expectativa de vida e do crescimento populacional. Entretanto, o número de casos diagnosticados entre 20 e 45 anos, tem se ampliado. O número de internações hospitalares associadas a DM causada pelas complicações da doença.

O DM é um exemplo de doença crônica que requer da pessoa habilidades e conhecimentos para lidar com o seu complexo tratamento, que se inicia com a necessidade da mudança no estilo de vida. O gerenciamento da doença requer grande responsabilidade da pessoa, que precisa se esforçar para manter os objetivos do tratamento sem falhar. O acompanhamento junto ao profissional de saúde, o ajudará na tomada de decisões, dentro das práticas de saúde necessárias para sobrevivência do mesmo, que evitará o surgimento de complicações mais graves ou óbito.

Os profissionais de enfermagem atuantes na Atenção Básica (AB), possuem dificuldades na continuidade do tratamento da DM, em virtude do mesma ser extra unidade de atendimento, ou seja, o trabalho feito na unidade com paciente/família na unidade está voltado para conscientização e promoção de autocuidados, os outros cuidados que influenciam no tratamento do indivíduo é realizado em sua residência (CARDOSO et al., 2015).

Devemos estar atentos ao aparecimento das comorbidades advinda ou não das complicações da DM, como a baixa condição econômica, comprometimento das atividades funcionais, cognitivas e/ou físicas, pois estas podem se tornar barreiras para o cuidado da DM.

Essas complicações causam alta morbimortalidade, que custam muito para o sistema de saúde. Em 2010 foram estimados em 11,6% do total dos gastos com atenção à saúde, os custos da DM variam de 2,5% a 15% nos orçamentos anuais da saúde. O número crescente de pessoas com DM mostra a necessidade de implantar políticas



Artigo

públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas e suas famílias, além da manutenção da sua qualidade de vida (BRASIL, 2014).

Este estudo tem como objetivo destacar a importância da prevenção e cuidados ao paciente adulto com diabetes mellitus.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura realizada com busca de fontes secundárias de informações disponíveis nas bases de dados do GOOGLE ACADÊMICO. A coleta de informações ocorreu durante o mês de abril de 2018, sendo selecionados nove artigos e um protocolo do Ministério da Saúde (MS), através dos seguintes descritores: Cuidados, Diabetes Mellitus, Enfermagem, Prevenção. O material selecionado passou inicialmente por leitura seletiva para escolher os textos a serem utilizados, em seguida foram realizadas leituras para apreensão do conteúdo, o que permitiu definir as categorias de análise, e por fim, foi realizada leitura analítica crítica, com finalidade de compreender os conteúdos dos documentos lidos e elaborar o presente relatório, que deu forma a este artigo.

RESULSTADOS E DISCUSSÃO

COREN-PB (2016) descreve que as últimas diretrizes nacionais e internacionais recomendam a classificação da DM em quatro categorias: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos de DM e Diabetes Gestacional, que em 2016 foram redefinidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A Diabetes Mellitus tipo 1: Tem início antes dos 30 anos de idade e acomete cerca de 5% a 10% de todos os casos de DM. Pode acometer indivíduos em qualquer faixa etária. A DM tipo 1 tem como característica a destruição das células β pancreáticas e o seu tratamento requer o uso de insulina para que se previna a cetoacidose diabética, classificada como emergência, ao qual o atendimento deverá ser feito de imediato, pois a demora do atendimento apresenta risco elevado de descompensação metabólica. A DM tipo 2 é responsável por mais de 90% dos casos de DM que tem como característica defeitos na ação da insulina e geralmente é diagnosticado após os 30 anos nos indivíduos que tem histórico familiar positivo, porém sua incidência tem aumentado em crianças e adolescentes devido a crescente prevalência da obesidade nessas faixas etárias.



Artigo

A sintomatologia da DM: poliúria, polidipsia, fome constante, alterações da visão, fadiga que podem acontecer repentinamente. O acompanhamento regular e sistêmico deve ser realizado por uma equipe multiprofissional de saúde que ofereça recursos básicos e necessários para que a pessoa com DM possa manejar a doença, promovendo o autocuidado para que a mesma não se agrave. A educação permanente deve ser contínuo para esse público, pois é a base do manejo e domínio da enfermidade (PETERMANN et al., 2015)

O cuidado diário é a chave fundamental para o controle da doença com DM. O tratamento requer sete comportamentos fundamentais: alimentação saudável, realização de atividade física, monitorização da glicemia de jejum ou capilar, fazer uso de medicamentos de forma correta, redução do stress, enfrentamento saudável e redução de risco. As habilidades com a doença podem ser influenciadas por fatores pessoais como sexo, idade, autoestima, fatores psicológicos, fatores interpessoais e fatores ambientais (condições econômicas, habitação), conhecimento sobre a doença, tratamento, duração da doença e acesso aos serviços de saúde, entre outros (COELHO et al., 2015)

Segundo Cortez (2015), a DM deve ser investigada em relação às complicações agudas e crônicas e sua relação com o tempo de diagnóstico. As complicações agudas são a hipoglicemia, o estado hiperglicêmico hiperosmolar e a cetoacidose diabética. As crônicas estão associadas ao comprometimento dos vasos, como a retinopatia, nefropatia, cardiopatia isquêmica, neuropatias, doença cerebrovascular e vascular periférica, acidente vascular cerebral e a microangiopatia. Com o passar dos anos, as complicações do DM aumentam e estar atento a estas associações é uma estratégia para se traçar medidas que minimizem o surgimento das complicações precocemente.

Conforme Silva (2015), a complicação microvascular mais comum é o pé diabético, definido como estado de infecção, ulceração ou destruição das estruturas profundas dos pés, que vem acompanhada de anormalidades neurológicas e diversos níveis de doença vascular periféricas nos membros inferiores de pacientes com DM. Estas lesões são desencadeadas pelos hábitos inadequados do paciente como: andar descalço, uso de sapatos apertados, corte inadequado das unhas dos pés e a presença de calos e rachaduras nos pés. A evolução do pé diabético pode resultar em perdas físicas e psicológicas que afetam diretamente a autoestima.

Para Cubas (2013) o pé diabético é considerado a causa mais comum de invalidez por causa da possível amputação do membro afetado pela infecção que induz a diminuição da qualidade de vida do diabético. A úlcera comumente ocorre no dorso, dedos, bordas dos pés que geralmente está associado ao uso de calçados inadequados, podemos destacar também que os homens são mais acometidos pelas lesões uma vez que



Artigo

eles não têm um controle maior das complicações crônicas como a biomecânica alterada, pé com sensibilidade diminuída, insuficiência arterial, incapacidade do autocuidado e deficiência quanto as orientações aos cuidados preventivos.

Estudos comprovaram que pacientes diabéticos apresentaram manifestações de aterosclerose acelerada desenvolvendo Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), esta condição é duas vezes mais frequente em diabéticos do que na população em geral, devido aos mecanismos tóxicos diretos da glicose sobre os vasos, a resistência à insulina e associação do DM a outros riscos. A abordagem terapêutica para HAS e DM pode ser ou não por meio de medicamentos, sempre associada à mudança no estilo de vida. Controlar as taxas de glicemia e pressão arterial nos parâmetros adequados dependerá da adesão do paciente ao tratamento, que estimula e facilita a mudança do estilo de vida (MACHADO e CAMPOS, 2014).

No Brasil, o Ministério da Saúde, criou vários programas de controles de doenças de maior impacto na população, e no caso do diabetes *mellitus*, foi criado em 2002 o Programa Nacional de Hipertensão Diabetes *Mellitus* - Hiperdia, na tentativa de reorientar a assistência farmacêutica para o fornecimento contínuo do medicamento, assim como monitoramento das condições clínicas dos usuários dos serviços de saúde (CORTEZ et al., 2015).

Mediante a história natural do DM, sabemos que a mesma é marcada pelo aparecimento de complicações crônicas microvasculares e macrovasculares, são as principais causas de morbimortalidade associadas ao diabetes. Outros fatores que potencializam essas complicações são a hipertensão arterial, o fumo, o colesterol elevado, a hiperglicemia, obesidade, resistência à ação da insulina, a inflamação branda e crônica e a disfunção endotelial. A incidência em desenvolver complicações mais graves é bem superior em relação a pessoas que não tem o DM, sendo: 30 vezes para cegueira, 40 vezes para amputações de membros inferiores, 2 a 5 vezes para IAM e 2 a 3 vezes para AVC (BRASIL, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A síndrome metabólica e suas complicações apresentam interfaces que constituem alvos terapêuticos comuns, exemplo disso é o controle da obesidade, que mostra melhoria em todos os parâmetros da DM. Medidas farmacológicas e não farmacológicas tem como objetivo controlar a hiperglicemia, hipertensão, a dislipidemia e a microalbuminúria, que reduz o risco de doenças cardiovasculares como a retinopatia, nefropatia e neuropatia. A



Artigo

incidência da DM e HAS são crescentes e se tornou alvo de estudos pelos órgãos de saúde do Brasil, pois se tornaram um problema de saúde pública. O objetivo desses estudos é mapear detalhadamente essas doenças para que se reestruturem as ações de prevenção e educação em saúde que minimizem o impacto por elas causado além da redução dos altos custos gerados para tratamento das DCNTs. As linhas de cuidados são organizadas por doenças, porém, é necessário que a equipe multiprofissional que integra a atenção básica e especializada possa avaliar o paciente de forma integral visto que o DM está associado a outros fatores de riscos e doenças. As linhas de cuidados são organizadas por doenças, porém, é necessário que a equipe multiprofissional que integra a atenção básica e especializada possa avaliar o paciente de forma integral visto que o DM está associado a outros fatores de riscos e doenças.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº36**. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. Brasília/DF, 2014.

Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf
Acessado em: Abril/2013.

CARDOSO, A. F. QUEIRÓS, P.; RIBEIRO, C. F. Intervenções para a aquisição do auto cuidado terapêutico da pessoa com diabetes mellitus: revisão sistemática da literatura. **Rev. Port. Saúde Pública**. 2015; 33(2):246-255. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902515000322> Acessado em: Abril/2018.

COELHO, A. C. M.; VILLAS BOAS, L. C. G.; GOMIDES, D. S.; FOSS-FREITAS, M. C.; PACE, A. E. Atividades de autocuidado e suas relações com controle metabólico e clínico das pessoas com diabetes mellitus. *Texto e Contexto de Enfermagem*, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/2015nahead/pt_0104-0707-tce-2015000660014.pdf Acessado em: Abril/2018.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA PARAÍBA. Protocolo do enfermeiro na estratégia de saúde da família do estado da paraíba. João Pessoa, COREN-PB, 2014. Disponível em: <http://www.corenpb.gov.br/wp->



Artigo

[content/uploads/2017/05/Livro-Protocolo-do-Enfermeiro-Coren-PB-2015.pdf](#) Acessado em: Abril/2018.

CORTEZ, D. N.; REIS, I. A.; SOUZA, D. A. S.; MACEDO, M. M. J.; TORRES, H. de C. Complicações e o tempo de diagnóstico do Diabetes Mellitus na atenção primária. **Acta Paulistas de Enfermagem**, vol.28, núm.3, 2015, pp.250-255. Escola Paulista de Enfermagem. São Paulo, Brasil. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307039760010.pdf> Acessado em: Abril/2018.

CUBAS, M. R.; SANTOS, O. M.; RETZLAFF, E. M. A; TELMA, H. L. C.; ANDRADE, I. P. S.; MOSER, A. D. de L.; ERZINGER, A. R. Pé diabético: orientações e conhecimento sobre os cuidados preventivos. *Fisioter. Mov.* Curitiba, v.26, n.3, p.647-655, jul./set. 2013. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/index.php/fisio/article/view/21595/20701> Acessado em: Abril/2018.

MACHADO, Luís Eduardo; CAMPOS, Renata. O impacto da diabetes melito e da hipertensão arterial para a saúde pública. **Saúde Meio Ambiente**. V.3, n.2, p.53-81, jul./dez. 2014. Disponível em: Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/627> Acessado em: Abril/2018.

PETERMANN, X. B.; MACHADO, I.S.; PIMENEL, B. N.; MIOLO, S. B.; MARTINS, L. R.; FEDOSSE, E. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na atenção primária à saúde: uma revisão narrativa. **Saúde (Santa Maria) Santa Maria**, vol.41, n.1, jan./jul, p.49-56, 2015. Disponível em: Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/revistasauade/article/view/14905> Acessado em: Abril/2018.

SILVA, P. L.; REZENDE, M. P.; FERREIRA, L. A.; DIAS, F. A; HELMO, F. R.;

SILVEIRA, F. C. O. Cuidados com os pés: o conhecimento de indivíduos com diabetes mellitus cadastrados no programa saúde da família. **Enfermería Global**, vol.14, núm.1, enero, 2015, pp.38-51. Murcia, Espanha. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/3658/365834856003_5.pdf Acessado em: Abril/2018.



Artigo

QUALIDADE DE VIDA DE MÉDICOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA
LITERATURA BRASILEIRA

PHYSICIANS QUALITY OF LIFE: SYSTEMATIC REVIEW OF BRAZILIAN
LITERATURE

Juliana Cunha Rocha¹
Valdete Maria Ruiz²

RESUMO - Introdução: Médicos estão entre os profissionais cuja qualidade de vida (QV) é afetada por condições de trabalho desgastantes, o que pode se refletir no atendimento à população. **Objetivo:** Descrever o perfil das produções científicas brasileiras sobre QV de médicos e seus fatores associados. **Métodos:** Por meio do portal CAPES foram buscados artigos nacionais publicados entre 2008 e 2018 com os termos “qualidade de vida” e “médicos” presentes no título. **Resultados:** Nove estudos foram recuperados e analisados, indicando uma produção reduzida e irregular, com tendência de declínio. Predominaram os publicados em periódicos de medicina, empíricos, transversais, com objetivos descritivos e mediante instrumentos de coleta de dados de natureza quantitativa, especialmente os criados pelo grupo WHOQOL. Quanto às amostras, em geral pequenas, destacou-se a de médicos residentes. 19 fatores relacionados à QV foram pesquisados empiricamente, sendo os mais frequentes a especialidade médica, o local de trabalho, a carga horária e o tempo de formado. **Conclusão:** Dado o número reduzido de estudos, há necessidade de mais investigações com diferentes e mais amplas amostras, utilizando-se metodologias diversificadas e focalizando-se na inter-relação das múltiplas variáveis que interferem na QV. Estas poderão subsidiar políticas e ações visando à melhoria da QV do grupo estudado.

Palavras-chave: Medicina; Qualidade de vida; Revisão.

¹ Médica pela UFMG; Cirurgiã Geral; Médica do Trabalho e Mestre em Educação, Ambiente e Sociedade pelo Centro Universitário UNIFAE (Linha de Pesquisa – Saúde e Qualidade de Vida).

² Psicóloga pela USP – Ribeirão Preto; Especialização em Gestão de Recursos Humanos; Mestre e Doutora em Psicologia como Ciência e Profissão pela PUC – Campinas. Docente da Graduação curso de Psicologia e do Programa de Mestrado Interdisciplinar do Centro Universitário UNIFAE.



Artigo

ABSTRACT - Introduction: Doctors are a group of workers whose quality of life (QoL) is affected by exhausting working conditions, which can be reflected in the people attendance. **Aim:** To describe the profile of Brazilian scientific productions about QoL of physicians and their associated factors. **Methods:** Through the CAPES portal, Brazilian papers published between 2008 and 2018 were searched using as keywords "quality of life" and "physician" present in the title. **Results:** Nine studies were recovered and analyzed, indicating a small and irregular production, with a decline tendency. There was a prevalence of papers published in medical journals, empirical and cross-sectional studies, with descriptive characteristics as matter of them and using quantitative instruments for measure de QoL, especially those created by the WHOQOL group. The sample number, in general were small. Studies with resident doctors stands out. 19 factors related to QoL were investigated, the most frequently related to QoL were the medical specialty, the work place, the workload and the time of graduation. **Conclusion:** Due to the small amount of studies, there is a need for more researches with distinct and bigger samples, using diversified methodologies which aiming to know the correlation between multiple variables that interfere with the QoL. These may subsidize public programs and policies looking for the improvement of QoL of physicians.

Keywords: Medicine; Quality of life; Review.

INTRODUÇÃO

Com base em sua concepção de saúde e levando em conta a importância que a expressão “qualidade de vida” adquiriu desde o final do século XX, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou um grupo especial para defini-la e mensurá-la: o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL). Em 1992, esse grupo desenvolveu indicadores que, diferentemente de outros de caráter objetivo, baseiam-se no pressuposto de que qualidade de vida (QV) é um construto subjetivo e multidimensional, definido como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (THE WHOQOL GROUP, 1995). Tal definição, embora não consensual, ainda é uma das mais aceitas por seu caráter multidimensional e abrangente (ALVES, 2011; GORDIA et al., 2011; PEDROSO; PILATTI, 2012).

Dentre os instrumentos para avaliação da QV desenvolvidos pelo Grupo WHOQOL destacam-se o WHOQOL-100 e sua versão abreviada, o WHOQOL-bref –



Artigo

ambos questionários autoaplicáveis, com adaptações e larga utilização em diversos países, inclusive no Brasil. Estes se propõem a avaliar a Qualidade de Vida Global e Percepção Geral da Saúde (QVG) e as facetas que compõem quatro domínios da QV: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente (FLECK et al., 2000).

A temática da QV vem sendo pesquisada em vários campos de atuação, especialmente em estudos associados às condições de trabalho. No caso de profissões da área da saúde, como a medicina, estudos têm demonstrado que estas profissões possuem aspectos bem desgastantes que impactam a QV de seus trabalhadores. Entre eles estão o acúmulo de vínculos, a longa jornada de trabalho, a grande dedicação de tempo extra (para reuniões, trabalhos inesperados, educação continuada, entre outros), o envolvimento de muita responsabilidade pessoal, assim como o contato constante com o sofrimento de pacientes e familiares (ARENSEN-PANDIKOW, 2012; FOGAÇA; CARVALHO; NOGUEIRA-MARTINS, 2010; TORRES et al., 2011).

É de se destacar que, segundo o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, as más condições de trabalho e remuneração a que os médicos estão sujeitos, atualmente, são condições que interferem no atendimento à população, tanto no setor público quanto no privado (SCHEFFER et al., 2015). Pesquisa sobre condições de trabalho dos médicos, realizada em 2015, pelo Instituto Data Folha para o mesmo órgão, já apontava uma redução no percentual de satisfação com a profissão nos últimos três anos considerados (de 55% para 45%) e que o maior índice de satisfação ocorreu entre médicos jovens (24 a 34 anos) e entre maiores de 60 anos (SCHEFFER et al., 2015). Com o aumento de profissionais médicos (estimado para mais de meio milhão), a abertura de novas faculdades de medicina e maior número de profissionais jovens (menos de 30 anos) (SCHEFFER et al., 2018; DATA FOLHA, 2018) este cenário poderá se agravar.

Diante da problemática exposta, o presente estudo teve como objetivo descrever o perfil das produções científicas brasileiras sobre QV de médicos e os fatores associados à QV dos mesmos nas pesquisas, no sentido de contribuir para o avanço de conhecimentos sobre o assunto – o que pode trazer benefícios para essa categoria profissional e também para a população por ela atendida.



Artigo

MÉTODOS

Delineamento do Estudo e Estratégia de Pesquisa

Para atingir os objetivos propostos foi realizada uma revisão sistemática da literatura nacional. Os dados foram coletados em março de 2018, por meio do portal de periódicos CAPES, tendo sido buscados artigos publicados entre 2008 e 2018, utilizando-se os termos “qualidade de vida” AND “médicos” presentes no título.

Crítérios de Elegibilidade

Foram incluídos somente artigos completos publicados em periódicos das bases de dados às quais o Portal CAPES dá acesso e excluídos aqueles que não tratavam especificamente de QV de médicos, assim como aqueles encontrados em duplicidade.

Extração e Coleta de Dados

Para a seleção dos estudos foram seguidas as instruções de Moher et al. (2009) In *Preferred Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis; The PRISMA Statement*. Inicialmente títulos e resumos dos estudos foram lidos a fim de verificar o atendimento dos critérios de elegibilidade. Uma vez atendidos esses critérios, os artigos foram ordenados por ordem de publicação (do mais antigo para o mais recente). A seguir, os textos foram lidos integralmente e os dados de interesse extraídos, organizados e tabulados para a presente revisão. Estes dados foram: objetivos dos estudos, método e instrumentos utilizados para avaliação da QV (Quadro 1), bem como os fatores associadas à QV (Tabela 1).

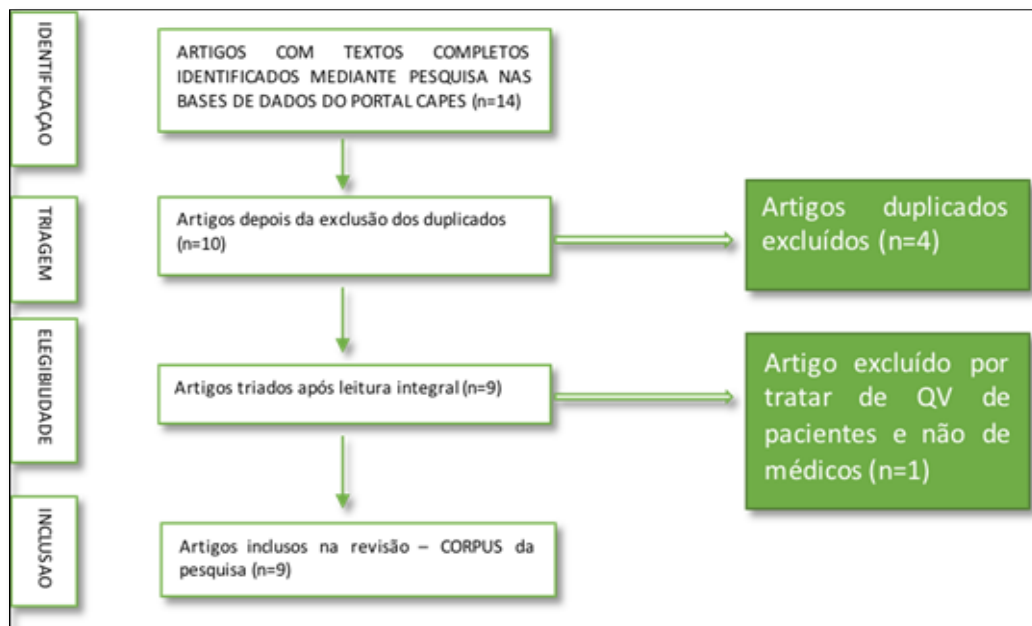
RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta resultou em 14 artigos, dos quais quatro foram excluídos por estarem em duplicidade e um por não tratar especificamente de QV de médicos, mas da QV de pacientes com HIV. Sendo assim, o *corpus* documental da revisão ficou constituído de nove artigos (**Figura 1**).



Artigo

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção do corpus documental desta revisão



Fonte: Adaptado de MOHER et al., 2009



Artigo

Perfil das Produções

Quadro 1: Resultados da pesquisa no Portal de Periódicos CAPES apresentados em ordem cronológica (Continua)

Identificação do artigo na revisão/ Ano/ Periódico	Autor/ Objetivo(s)	Método/ Instrumentos de de QV utilizados	Amostra/Resultados
(A) Macedo et al., (2009) Revista Brasileira de Psiquiatria	Avaliar a QV de médicos residentes durante os 3 anos e identificar sua associação com dados sociodemográficos, tempo de lazer e hábitos de saúde.	Estudo transversal, descritivo, de campo.SF-36.	126 residentes (51 do primeiro ano, 49 do segundo e 28 do terceiro). Preditores de maior QV foram: estar no segundo ou terceiro ano da residência, estar satisfeito com o programa, ter tempo suficiente para lazer e cuidar de pacientes críticos por menos de 30 horas/semana. A média do domínio físico foi melhor que o domínio mental, indicando a importância do cuidado com a saúde mental dos residentes (principalmente no primeiro ano).
(B)Fogaça et al., (2009) Revista Brasileira de Terapia Intensiva	Investigar as relações entre do demandas	Estudo transversal,	37 médicos (25 de UTI pediátrica e 12 de UTI neonatal).



Temas em Saúde

Volume 19, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

	trabalho e QV de médicos e enfermeiros em unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal.	descritivo, de campo. WHOQOL-100.	Altos níveis de esforço, demandas psicológicas, físicas e insegurança no trabalho repercutindo negativamente na QV. Demanda psicológica apresentou correlação negativa com os domínios físico, psicológico, nível de independência e positiva com o domínio meio ambiente.
(C)Asaiag et al., (2010) Revista Brasileira de Educação Médica	Conhecer a QV de médicos residentes e fatores de influência.	Estudo transversal, descritivo, de campo. WHOQOL-Abreviado	136 médicos residentes. QV durante a Residência pior que a QV na vida em geral. Correlação positiva entre sonolência diurna e QV nos domínios físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e QV geral. Não houve diferença entre sexo, ano de residência e especialidade na avaliação da QV.
			Das 42 publicações encontradas, apenas



Temas em Saúde

Volume 19, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

<p>(D)Lourenção, Moscardini e Soler (2010) Revista da Associação Médica Brasileira</p>	<p>Discutir sobre saúde e QV de médicos residentes.</p>	<p>Revisão literária com análise de conteúdo.</p>	<p>38,10% eram brasileiras.</p> <p>(Continuação) Estudos identificaram incidência elevada de Burnout, estresse, fadiga, depressão e sono interferindo negativamente na QV e no atendimento ao paciente.</p> <p>Relação inversa de QV e carga horária de trabalho, indicando a necessidade de melhoria das condições de trabalho dos residentes.</p>
<p>(E)Fogaça, Carvalho e Martins, (2010) Revista da Escola de Enfermagem da USP</p>	<p>Comparar a QV de médicos e enfermeiros que trabalham em UTI pediátrica e neonatal e avaliar se há diferença entre elas.</p>	<p>Estudo transversal, descritivo, de campo. WHOQOL-100.</p>	<p>37 médicos (25 de UTI pediátrica e 12 de UTI neonatal).</p> <p>QV comprometida em todas as dimensões, sendo que a de médicos de UTI pediátrica foi melhor que de UTI neonatal nos domínios espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais.</p> <p>Nos domínios físico e independência, a QV</p>



Temas em Saúde

Volume 19, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

			de médicos de UTI neonatal foi maior.
(F)Torres et al., 2011Revista Brasileira de Epidemiologia	Analisar resultados de autoavaliação de QV, saúde física (SF) e saúde mental (SM) realizadas por ex-alunos de um curso de medicina associando-se estes indicadores a dados demográficos e dimensões da atuação profissional.	Estudo transversal, descritivo, de campo. Questionário desenvolvido pelos autores.	1224 médicos. 68% consideraram a QV “muito boa” ou “boa”. 79 e 85% avaliaram bem sua SF e SM. Houve associação positiva entre boa SF, SM e QV, estando estas associadas a bons hábitos de vida e satisfação profissional.
(G)Arenson-Pandikow et al., (2012) Revista Brasileira de Anestesiologia	Comparar a percepção de QV de médicos anestesiolistas e médicos não anestesiolistas.	Estudo transversal, descritivo, de campo. WHOQOL-Abreviado e SF-12.	67 anestesiolistas e 69 e não anestesiolistas. Percepção de QV de anestesiolistas foi inferior à dos médicos em geral. A baixa QV dos anestesiolistas foi associada a pior relacionamento com equipe de trabalho nos domínios psicológico, relações sócias e QV geral.
			29 ortopedistas. Resultados inferiores de QV nos domínios:



Temas em Saúde

Volume 19, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

<p>(H)Mello e Souza (2013) Revista Brasileira de Ortopedia</p>	<p>Avaliar a QV e suas implicações em médicos ortopedistas.</p>	<p>Estudo transversal, descritivo, de campo. WHOQOL-100</p>	<p>físico (associado a dor) e meio ambiente (associado à fadiga) e maior no nível de independência. (Continua)</p>
<p>(I)Dias et al., (2016) Scientia Medica</p>	<p>Avaliar a QV de médicos residentes de um hospital escola.</p>	<p>Estudo transversal, descritivo, de campo. WHOQOL-Abreviado</p>	<p>(Continuação) Escores de QV maiores que os encontrados em outras profissões.</p> <p>84 médicos residentes (41 de especialidades e 43 de especialidades cirúrgicas; 38 no primeiro ano, 39 no segundo). ano e 7 no terceiro).</p> <p>Análise geral da QV apresentou média boa, com todos os domínios enquadrados nesta classificação, mas a QV geral foi avaliada como regular.</p> <p>Mulheres apresentaram pior QV geral e nos domínios físico e psicológico.</p>

Levando-se em conta o total (9) e a média de publicações sobre QV de médicos no Brasil no período considerado (0,8% por ano), pode-se dizer que se trata de uma produção reduzida. Além disso, pode-se dizer que a produção é irregular, com tendência



Artigo

de declínio, já que mais da metade dela (55,5%) se concentrou nos anos de 2009 e 2010. Em 2008 não foi encontrado nenhum estudo. Nos anos de 2011, 2012, 2013 e 2016 foram encontrados apenas um estudo por ano. Nenhum artigo foi publicado nos anos de 2014, 2015, 2017 e 2018 (até março, no último caso). Estes dados denotam que, no Brasil, a QV de médicos carece de mais pesquisas – o que várias das publicações incluídas no presente estudo enfatizam, dada a importância do assunto. Torres et al. (2011), por exemplo, chamam a atenção de que é fundamental aos profissionais da área médica cuidarem adequadamente de sua saúde física e mental (que estão diretamente relacionadas entre si e também com sua QV). Podendo assim melhor desempenhar a importante tarefa de cuidar da saúde de outras pessoas.

Merece atenção que a maioria (77,8%) dos estudos foi publicada em revistas da área médica (havendo só um em revista de epidemiologia e uma de enfermagem). Todavia, segundo definição da própria OMS, a QV é um construto multidimensional que sofre a influência de fatores internos e externos ao indivíduo, entre os últimos as condições de trabalho. Sendo assim, seria desejável que houvesse mais publicações também em periódicos científicos de outras áreas (como administração, gerenciamento, psicologia do trabalho, por exemplo), com foco em variáveis do contexto laboral. Os resultados de tais estudos poderiam subsidiar diretamente intervenções sobre a QV, mediante políticas de saúde e/ou de estratégias de gerenciamento empresarial, como assinalam Fogaça, Carvalho e Martins (2010).

A análise do “*corpus*” da pesquisa em relação ao método utilizado, evidencia preponderância de estudos empíricos (88,9%), transversais, com objetivos descritivos e por instrumentos de coleta de dados de natureza quantitativa. Foi encontrado apenas um artigo de revisão de literatura e nenhum longitudinal, nem de intervenção ou qualitativo. Destaque-se que, em relação aos instrumentos de coleta de dados sobre QV, 66,7% dos trabalhos utilizaram um dos dois instrumentos do grupo WHOQOL (WHOQOL-100 ou WHOQOL-Abreviado), 22,2% utilizaram o *Medical Outcomes Study* (um em sua forma completa, o SF-36 e o outro na forma abreviada, o SF-12) e um utilizou questionário desenvolvido para a pesquisa pelos próprios autores. De acordo com estudiosos da qualidade de vida e da qualidade de vida nos trabalhos citados por Alfenas e Ruiz (2015), esses dados são congruentes com a literatura no sentido de que a área de estudos se encontra em estágio não muito avançado no que se refere ao desenvolvimento de uma disciplina científica e de que futuros estudos devem utilizar mais abordagens qualitativas para complementar as quantitativas.

Especificamente quanto aos objetivos dos estudos, 44,4% avaliou a QV de médicos residentes, 22,2% avaliou e comparou a QV de médicos e enfermeiros, 22,2%



Artigo

estudou a QV de médicos especialistas (anestesiologistas e ortopedistas) e apenas 11,1% avaliou a QV de médicos em geral. Constata-se, assim, grande concentração de estudos com amostras de residentes. Isto provavelmente porque, como afirmam Asaiag et al. (2010), a residência se caracteriza como um período muito estressante na formação do médico, que está sob constante pressão, apresentando cansaço, fadiga e medo de cometer erros – o que compromete sua QV. No que lhe concerne, Dias et al. (2016), lembram que a literatura já demonstrou que médicos residentes compõem um grupo de risco para distúrbios emocionais e comportamentais, e que elevado grau de sofrimento emocional, suicídio, abuso de álcool e outras drogas também têm sido observados particularmente nessa população. Não obstante, esses motivos justifiquem a concentração encontrada, esse resultado aponta a necessidade de mais pesquisas com diferentes e mais amplas amostras da categoria de médicos. Isto também porque, de modo geral, como se observa no **Quadro 1**, as amostras utilizadas foram reduzidas – o que dificulta a generalização dos resultados encontrados e também comparações com resultados de outros estudos.

Fatores Associados à QV nas Pesquisas Empíricas

Como se observa na **Tabela 1**, 19 diferentes fatores foram alvos de investigação das pesquisas empíricas do “corpus” desta revisão – o que parece refletir, em boa medida, que a multiplicidade de variáveis que impactam a QV vem sendo considerada pelos pesquisadores brasileiros dedicados à temática em tela. Em alguns estudos, inclusive, mais de um fator (ou variável) foi pesquisado, buscando-se identificar sua associação com a QV de médicos.

Tabela 1: Distribuição de frequência dos fatores pesquisados nos artigos empíricos do “corpus” desta revisão

Fatores	Artigos	F	%
---------	---------	---	---



Artigo

Especialidade/subespecialidade médica	(A); (B); (C); (E); (G); (H) e (I)	7	13,72
Local de trabalho	(A); (B); (E); (G) e (H)	5	9,80
Carga horária	(A); (C); (G); (H) e (I)	5	9,80
Tempo de Serviço/de formado	(A); (C); (G); (H) e (I)	5	9,80
Sexo	(A); (C); (F) e (I)	4	7,84
Lazer / Férias	(A); (F) e (G)	3	5,92
Saúde Mental / Estresse/Burnout	(A);(C); (F)	3	5,92
Segundo Vínculo de Trabalho	(A) (H) e (I)	3	5,92
Satisfação/ Esforço/ Recompensa	(B) e (F)	2	3,92
Atividade Física	(A); (F)	2	3,92
Idade	(F) e (H)	2	3,92
Participação em Congressos	(F) e (G)	2	3,92
Sono	(C) e (I)	2	3,92
Saúde Física	(F)	1	1,96
Relacionamento com a equipe	(G)	1	1,96
Renda	(F)	1	1,96
Estado Civil	(I)	1	1,96
Satisfação com o curso	(A)	1	1,96
Tabagismo	(F)	1	1,96
TOTAL		51	100

Nota: As letras na segunda coluna identificam o artigo conforme o Quadro 1.

Dentre estes fatores, o mais frequentemente pesquisado, com quase 15% de representatividade, foi a especialidade (ou subespecialidade) médica, dado que indica ser esse fator o que tem despertado maior atenção destes pesquisadores. No estudo de Macedo et al. (2009), realizado com residentes, as especialidades clínicas apresentaram resultados relacionados com menores escores de QV nos aspectos social e mental. Já na pesquisa de Asaiag et al. (2010), também com residentes, as especialidades clínico-cirúrgica de Ginecologia Obstetrícia e Clínica Geral apresentaram menores escores de



Artigo

QV. Apesar de não ter atingido significância estatística em relação a outras, tal diferença foi associada à maior carga horária de trabalho dessas duas especialidades. Por outro lado, Dias et al.¹⁸ não encontrou nenhuma diferença quanto à QV entre as 41 especialidades e 43 de especialidades cirúrgicas da residência médica pesquisadas. Nos estudos de Fogaça et al. (2009) e Fogaça, Carvalho e Martins (2010), as subespecialidades intensivista pediátrico e neonatologistas foram avaliadas quanto à QV em relação às condições de trabalho. Os resultados indicaram que as demandas física e psicológica dessas subespecialidades repercutiram negativamente na QV. Indicaram, ainda, que intensivistas pediátricos parecem apresentar melhor " *coping* " religioso (demonstrado pelos melhores escores nos domínios espirituais e religiosos), sugerindo que o estresse da profissão do pediatra (cuidado de crianças em condições críticas) parece ser melhor tolerado do que o vivenciado pelos neonatologistas ao lidar com recém-natos e parturientes. A QV e percepção de saúde de ortopedistas e suas subespecialidades (ombro, joelho, coluna) obteve escore mais alto quando comparado a outras especialidades médicas e a outras profissões no estudo de Mello e Souza (2013), enquanto os anestesiolistas estudados por Arenson-Pandikow et al. (2012) apresentaram escores de QV inferiores quando comparados com outras especialidades.

A diversidade de resultados encontrados nestas pesquisas parece revelar que a especialidade pode se relacionar positiva ou negativamente à QV do médico. Entre as especialidades estudadas, as cirúrgicas obtiveram resultados superiores de QV (casos de residentes de especialidades cirúrgicas e ortopedistas). Enquanto as especialidades clínicas (tais como anestesistas, intensivistas pediátricos e neonatais além de residentes de especialidades clínicas) apresentaram resultados inferiores. No entanto, visto que muitas destas pesquisas foram baseadas em pequenas amostras e empregaram diferentes instrumentos e metodologias de análise, há necessidade de outros estudos para se chegar conclusões mais consistentes sobre a relação entre a especialidade médica e a QV. Considere-se que a especialidade médica envolve variáveis específicas (seja do indivíduo, seja de seu contexto de trabalho) as quais, inter-relacionadas, podem se refletir de formas diversas na QV. Portanto, tais variáveis precisariam ser isoladas e mais bem estudadas.

Entre estas variáveis estão o local de trabalho, a carga horária e o tempo de serviço (ou de formado) que representaram, cada uma, cerca de 10% dos fatores associados à QV nas pesquisas empíricas incluídas nesta revisão. Isto denota que também têm merecido bastante atenção dos pesquisadores que se dedicam à temática no Brasil.

A associação entre o local de trabalho e a QV em algumas especialidades médicas apresentaram resultados diversos. Entre residentes, trabalhar em locais com doentes críticos associou-se à diminuição dos escores de QV (MACEDO et al., 2009). Entre



Artigo

ortopedistas o local de trabalho não apresentou relação com a QV, quer os pesquisados trabalhassem em consultórios particulares, no serviço público ou em atendimentos de urgência (MELLO; SOUZA, 2013). No caso de médicos que atuam em UTI, encontrou-se diferença entre os escores de QV de médicos que trabalhavam na UTI Pediátrica e de Neonatologia, não tendo sido possível, entretanto, determinar se essa diferença ocorreu em virtude do local de trabalho ou em virtude do público cuidado (crianças e neonatos) (FOGAÇA; CARVALHO; MARTINS, 2010). Já entre os anestesistas, trabalhar na capital ou no interior pareceu impactar a QV, mas os resultados também não foram conclusivos (ARENSON-PANDIKOW et al., 2012).

Estes diferentes resultados também apontam a necessidade de novas investigações. Por exemplo, comparar especialidades equivalentes atuando em locais diferentes (como: consultório x pronto-socorro, capital x interior), de modo a que conclusões mais seguras a respeito do local de trabalho como fator relacionado à QV possam ser feitas. Apontam, mais ainda, a necessidade de se isolarem as variáveis do ambiente (tais como condições físicas e estruturais, riscos físicos, biológicos e psicológicos, público atendido, carga horária demandada, etc.), analisando-se através de métodos estatísticos apropriados suas relações com a QV de médicos, assim como de outros profissionais de saúde que atuam em cada ambiente.

No caso da carga horária, foi unânime sua associação negativa com a QV nos cinco estudos que consideraram essa variável, e isso independentemente da especialidade médica ou do local de trabalho (ARENSON-PANDIKOW et al., 2012; MACEDO et al., 2009; ASAIAG et al., 2010; MELLO; SOUZA, 2013; DIAS et al., 2016). Portanto, parece conclusivo que o fator é um dos que está diretamente relacionado à diminuição da QV. Vale destacar que os estudos citados associam carga horária as condições comuns na profissão médica como sobrecarga de serviço com escalas de plantão (12 horas), sobreavisos que impedem o profissional de se desligar do serviço, trabalho em horários fora do habitual (noturno, finais de semana e feriados). Condições estas que resultam em menos tempo para o lazer e para estar com a família – impactando negativamente sua QV.

O tempo de serviço (ou de formado) foi avaliado nos estudos realizados com residentes (MACEDO et al., 2009; ASAIAG et al., 2010; DIAS et al., 2016). Estar no primeiro ano de residência associou-se com menores escores de QV em todos eles, enquanto ter maior tempo na residência se associou a maiores escores. Dentre outras variáveis relacionadas a esse fator, a aquisição de habilidades e autoconfiança com o passar dos anos de profissão foi apontada como motivo de melhoria da QV dos residentes (MACEDO et al., 2009). Nos estudos com ortopedistas (DIAS et al., 2016) e anestesistas (ARENSON-PANDIKOW et al., 2012), embora não se tenham estabelecido correlações



Artigo

estatísticas, foi indicada associação positiva entre tempo de formado e QV, relação está associada à maior remuneração. Em síntese, as pesquisas que focalizaram o fator tempo de serviço indicaram associação positiva do mesmo com a QV, sendo essa associação, por sua vez, relacionada tanto à aquisição de mais habilidades quanto à melhor remuneração. Isolar essas últimas variáveis (ganho de habilidade e remuneração) e estudar suas correlações com os diferentes domínios da QV é, assim, outra sugestão para futuros estudos.

A variável sociodemográfica sexo foi representada em 8% das investigações. Na pesquisa de Macedo et al. (2009), o sexo masculino obteve menores escores quanto à vitalidade física e ao componente emocional da QV de médicos residentes. O estudo de Dias et al. (2016) foi encontrada associação significativa positiva entre sexo masculino, QV geral e nos domínios físico e emocional da QV (também entre residentes). Por outro lado, nas demais pesquisas que analisaram este fator (FOGAÇA et al., 2009; FOGAÇA; CARVALHO; MARTINS, 2010) não foi encontrada associação significativa do sexo com QV. Como os resultados sobre a variável se mostraram inconclusivos nas pesquisas identificadas, outras são necessárias. Estas precisariam considerar, especificamente, diferentes variáveis ou condições a ela relacionadas. A propósito disso, é importante que se tenha em vista que estudos nacionais e internacionais identificaram o sexo feminino como variável preditora de pior qualidade de vida por várias razões. Entre elas estão o fato das mulheres, em geral, serem mais cuidadosas e atentas, terem uma visão mais crítica, se preocuparem e dedicarem mais à sua saúde, por terem maior tendência a sintomas depressivos e esgotamento pela dupla jornada de trabalho (no lar e fora dele). Por estarem sobrecarregadas pelos papéis sociais e familiares que lhes são delegados e pela tendência de muitas optarem por uma jornada de trabalho parcial, assim como de optarem por uma vida profissional mais curta que os homens (DIAS et al., 2016). Com a tendência apontada em censos recentes quanto à feminização da profissão médica (SCHEFFER et al., 2018; DATA FOLHA, 2018), é importante pesquisar como estas diferentes variáveis impactam a QV das mulheres médicas.

Lazer, saúde mental e segundo vínculo de trabalho foram fatores pesquisados em três estudos cada. Falta de tempo para o lazer ou férias foi analisada junto com carga horária de trabalho elevada em dois estudos (FLECK et al., 2000; MOHER et al., 2009), sendo associada de forma inversamente proporcional à QV. Vale destacar que estudo do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (MELLO; SOUZA, 2013) constatou que a média de carga horária de trabalho de seus associados é de 52 horas/semanais, originárias de três ou mais vínculos empregatícios – o que pode elevar o estresse já vivenciado na profissão e afetar negativamente o convívio familiar e o tempo



Artigo

para lazer e viagens. Isso, em última instância, pode afetar negativamente a QV de seus trabalhadores (FLECK et al., 2000; MOHER et al., 2009; MELLO; Souza, 2013). De outro lado, vale destacar que o estudo de Torres et al. (2011) verificou que ter tempo suficiente para o lazer associou-se positivamente com melhor QV.

Possuir mais de um vínculo trabalhista é realidade na profissão médica, conforme verificado no estudo feito pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, assim como nos relatórios sobre demografia médica de 2015 e 2018 (TORRES et al., 2011; SCHEFFER et al., 2015). Este fator foi pesquisado em quatro dos estudos incluídos nesta revisão, sendo que em todos foi verificado tratar-se de um preditor negativo de boa QV (TORRES et al., 2011; MACEDO et al., 2009; MELLO; SOUZA, 2013; DIAS et al., 2016). Tais resultados corroboram os ligados à carga horária, no sentido de que a necessidade de trabalhar longos turnos, por vezes dobrados, resulta em menor disponibilidade para outras atividades (tempo com a família, para o lazer, para atividade física, para estudos, etc.), comprometendo, assim, a QV de médicos, em geral.

Já a saúde mental foi especificamente investigada em dois estudos com residentes, sendo que em ambos se mostrou comprometida (FOGAÇA et al., 2009; FOGAÇA; CARVALHO; MARTINS, 2010). Conforme Asaiag et al. (2010) o período de residência marca uma etapa do desenvolvimento pessoal e profissional do médico cercado de fatores estressantes: longas jornadas de trabalho, pouco tempo para o lazer e família, novas responsabilidades e cobranças. Na visão contemporânea sobre trabalho citada pelos mesmos autores, este tempo dedicado ao trabalho foi referido como tempo “roubado”. Com isso, a percepção de QV e felicidade dos residentes encontraram-se separadas do trabalho, associadas a uma visão pessimista em relação ao futuro profissional, resultando em elevado “*burnout*”. Complementarmente, o estudo de Torres et al. (2011) concluiu que boa saúde física e mental são indissociáveis de boa QV e que a satisfação pessoal é indispensável para uma boa estabilidade emocional. Embora os estudos citados tenham sido realizados com amostras de residentes, tem-se, com eles, novas evidências de que a sobrecarga de trabalho e os demais fatores identificados comprometem a saúde mental e a QV.

Com menor representatividade foram pesquisados os fatores: satisfação e esforço-recompensa, idade, praticar atividade física e sono (dois estudos cada). A idade impactou positivamente a QV de uma amostra de médicos (não estratificada por especialidade) o que, foi relacionado à estabilidade profissional, melhor remuneração e autoconfiança adquiridas com o tempo (FOGAÇA; CARVALHO; MARTINS, 2010). No entanto, entre ortopedistas, os resultados encontrados quanto à associação da idade com a QV foram negativos, o que os pesquisadores relacionaram às características da



Artigo

especialidade (que demanda, por vezes, procedimentos cirúrgicos longos, os quais estariam prejudicados pelo avançar da idade (LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010). Sobre os achados destes estudos tenha-se em vista que, assim como o fator sociodemográfico sexo, a idade não pode ser considerada um fator preditor de QV, porquanto pode estar associado a inúmeras outras variáveis. Portanto, há necessidade de novas pesquisas que isolem tais variáveis, analisando-se sua relação particular com a QV dos mesmos.

Satisfação no trabalho, esforço e recompensa no trabalho foram avaliados por Fogaça et al. (2009) em associação com a QV de médicos intensivistas pediátricos e neonatais. Esses fatores advêm, respectivamente, do construto psicológico de satisfação no trabalho (KARASEK et al., 1998) e do modelo teórico desequilíbrio esforço-recompensa (SIEGRIST et al., 1999), ambos bastante utilizados em estudos recentes para se avaliarem condições de trabalho que impactam a saúde física e mental do trabalhador em diferentes cenários ocupacionais. No caso do citado estudo, as relações entre condições de trabalho e QV mostraram-se comprometidas. Os médicos apresentaram altos esforços, demandas psicológicas, físicas e insegurança no trabalho que repercutiram negativamente na sua qualidade de vida no trabalho. Os pesquisadores sugeriram a realização de outros estudos longitudinais de modo a avaliar as condições de trabalho e suas repercussões na QV de médicos (e também de enfermeiros) intensivistas. Sugeriram, ainda, estudos com amostras maiores, de outros centros, com utilização de delineamento não apenas descritivo (como foi o caso de seu estudo), além de estudos que façam comparações entre gêneros. Isso porque a maioria da população estudada é composta do sexo feminino e estudos recentes têm mostrado que altas demandas no trabalho estão diretamente ligadas ao estresse. Também que mulheres apresentam maior prevalência de estresse ocupacional, assim como de depressão. As mesmas sugestões podem ser feitas para a população de médicos, em geral, com base no construto de satisfação no trabalho, no modelo esforço-recompensa e também no conceito de capacidade para o trabalho (ILMARINEN, 2009; MARTINEZ; LATORRE; FISHER, 2010), este último igualmente frequente na literatura atual, mas não encontrado nas pesquisas incluídas nesta revisão.

A sonolência diurna, que pode estar relacionada com esforço (físico e mental) e, com carga horária elevada, foi investigada em duas pesquisas com residentes (FOGAÇA et al., 2009; MELLO; SOUZA, 2013). Os resultados mostraram associação do sono com menor escore de QV, sendo esta, mais pronunciada nos residentes do primeiro ano (que também apresentaram maior carga horária) e nas mulheres. Assim, a associação entre sexo e falta de sono adequado não se mostrou conclusiva, o que sugere novas investigações ligadas ao gênero.



Artigo

Participar de congressos associou-se a melhor escore de QV nos mesmos trabalhos que associaram o tempo de lazer e férias como preditores de melhor QV (FLECK et al., 2000; LOURENÇÃO; MOSCARDINI; SOLER, 2010). Tais dados parecem indicar que atualização profissional é uma variável positivamente associada à QV de médicos. Participarem de congressos e outros eventos semelhantes saindo do ambiente de trabalho em viagens, podendo usufruir de mais tempo de lazer (até com a própria família) esteve relacionado a melhor QV.

Os fatores saúde física, renda, estado civil, relacionamento com a equipe, satisfação com o curso e tabagismo foram os menos pesquisados em associação com a QV (um estudo cada). Torres et al. (2011) encontraram associação positiva entre boa saúde física, maior renda e não fumar com melhores escores de QV para o grupo de médicos por eles avaliados, enquanto Macedo et al. (2009) verificaram que a insatisfação com o curso resultou em perda de QV de residentes, Arenson-Pandikow et al. () identificaram que entre anestesistas o relacionamento interpessoal comprometido foi significativo para a queda de escores de QV e Dias et al. (2016) não encontraram associação entre estado civil e QV. Dado que estes fatores foram pouco estudados, também se sugere que outros pesquisadores os focalizem.

CONCLUSÃO

Em que pese o fato desta revisão não ter incluído literatura cinzenta, os dados obtidos levam a concluir que, no Brasil, a produção científica sobre QV de médicos é pequena, irregular e apresenta tendência de diminuição. Isso, não obstante, o fato de pesquisadores e organizações de classe destacarem a relevância da temática do ponto de vista dos próprios profissionais de medicina e da população, em geral.

Por outro lado, a análise realizada também leva a concluir que se trata de uma produção que condiz com o "status" atual dos estudos sobre qualidade de vida e qualidade de vida no trabalho, a qual se classifica como pouco madura como disciplina científica. Neste sentido, como aqui se discutiu, são recomendadas mais pesquisas longitudinais e com abordagens qualitativas (para complementar as quantitativas, mais frequentes). Utilização de amostras mais amplas, com diferentes modelos conceituais e instrumentos, que avaliem fatores psicossociais do trabalho nos estudos. O emprego de análises estatísticas mais sofisticadas e precisas (não apenas descritivas, que também têm sido mais frequentes) nas pesquisas sobre o tema.



Artigo

Ademais, pode-se concluir que esta produção tem sido particularmente divulgada em periódicos da área médica e tem sido mais concentrada na população de residentes – o que indica tanto a necessidade de que publicações de outras áreas (como administração/gestão pública e privada) divulguem os resultados das pesquisas, quanto a necessidade de se pesquisarem outras amostras populacionais da categoria.

Quanto aos fatores associados à QV pesquisados empiricamente, o "*corpus*" da revisão indica que uma multiplicidade deles tem sido de interesse dos estudiosos que se dedicam ao assunto. Entretanto, à exceção do fator carga horária (que apresenta associação negativa com a QV em todos os estudos), os resultados não se mostram totalmente conclusivos. Isso, em parte por questões de natureza metodológica como as antes apontadas e, em outra parte, pelo fato do construto de QV ser multidimensional e subjetivo. Sendo assim, é importante que pesquisas avancem com o objetivo de identificar inter-relações das múltiplas variáveis que compõem a QV de médicos. Várias direções para tanto foram indicadas na presente revisão.

Conhecer os fatores que impactam a QV deste grupo de profissionais deve, também, contribuir para a atenção à saúde, de modo geral. Reforça-se, pois, a necessidade de mais estudos com estes profissionais, que possam subsidiar o desenvolvimento de políticas públicas para os trabalhadores da saúde como um todo, melhores estratégias de gestão da saúde pública e privada, além de fomentar, na classe médica, a importância do cuidar-se.

REFERÊNCIAS

ALFENAS, R.A.S.; RUIZ, V.M. Um Panorama de Estudos Sobre Qualidade de Vida no Trabalho na Administração Pública Brasileira no Período de 2007 a 2013.

Organizações em contexto, São Bernardo do Campo. Jun-Jul. v. 11 n. 22. 2015.

ALVES, E.F. Qualidade de vida: considerações sobre os indicadores e instrumentos de medida. **Rev. Brasileira de Qualidade de Vida**. v. 03 n. 1 p. 16-23. 2011.

ARENSON-PANDIKOW, H.M.; T.S.A.; OLIVEIRA, L.T.; BORTOLOZZO, C.R.; PETRY, S.; SCHUCH, T.F. Percepção de Qualidade de Vida entre Médicos Anestesiologistas e Não Anestesiologistas. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Jan-Fev. v. 62 n. 1 p. 52-55. 2012.



Artigo

ASAIAG, P.E.; PEROTTA, B.; MARTINS, M.A.; TEMPSKI, P. Avaliação da qualidade de vida, sonolência diurna e Burnout em Médicos Residentes. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. v. 34 n. 3 p. 422-429. 2010.

DIAS, B.A.; PEREIRA, M.N.; SOUSA, I.F.; ALMEIDA, R.J. Qualidade de vida de médicos residentes de um hospital escola. **Sci Medi**. v. 26 n. 1 p. 1-9. 2016.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev de Saúde Pública**. v. 34 n. 2 p. 178-183. 2000.

FOGAÇA, M.C.; CARVALHO, W.B.; NOGUEIRA, P.C.K.; MARTINS, L.A.N. Estresse ocupacional e suas repercussões na qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Rev. Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 21 n. 3 p. 299-305.

FOGAÇA, M.C.; CARVALHO, W.B.; MARTINS, L.A.N. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**. v. 44 n. 3 p. 708-712. 2010.

GORDIA, A.P.; QUADROS, T.M.B.; OLIVEIRA, M.T.C.; CAMPOS, W. Qualidade de Vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. **Rev. Brasileira de Qualidade de Vida**. Ponta Grossa: v. 03 n. 1 p. 40-52. 2011.

ILMARINEN, J. Work-ability – a comprehensive concept, occupational health research and prevention. **Scand J Work Environ Health**. v. 35 n. 1, p. 1-5. 2009.

KARASEK, R.; BRISSON, C.; KAWAKAMI, N.; HOUTMAN, I.; BONGERS, P.; AMICK, B. The Job Content Questionnaire (JCQ): na instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. **J Occup Health Psychol**. 1998.

LOURENÇÃO, L.G.; MOSCARDINI, A.C.; SOLER, Z.A.S.G. Saúde e qualidade de vida de médicos residentes. **Rev. da Associação Médica Brasileira**. v. 56 n. 1 p. 81-91. 2010.



Artigo

MACEDO, P.C.M.; CÍTERO, V.A.; SCHENKMAN, S.; MARTINS, M.C.F.N.; MORAIS, M.B.; MARTINS, L.A.N. Preditores de qualidade de vida relacionada à saúde durante residência médica em uma amostra randomizada e estratificada de médicos residentes. **Rev. Brasileira de Psiquiatria**. v. 31 n. 2 p. 119-124. 2009.

MARTINEZ, M.C.; LATORRE, M.R.D.O.; FISHER, F.M. Capacidade para o trabalho: revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 15 n. 1, p 1553-1561, 2010

MELLO, M.H.; SOUZA, J.C. Qualidade de vida de médicos ortopedistas do Mato Grosso do Sul. **Rev. Brasileira de Ortopedia**. v. 48 n. 1 p. 92-99. 2013.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D.G. The Prisma Group. **Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement**. PLoS Med 6(7): e1000097. 2009.

PEDROSO, B.; PILATTI, L.A. **Guia de Avaliação da Qualidade de Vida e Qualidade de Vida no Trabalho**. Ponta Grossa: Editora UEPG, 2012.

PESQUISA DATAFOLHA. **Violência contra médicos**. Disponível em: <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=2120>. Acesso em 16/08/2018.

SCHEFFER M. et al. **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo: 2015, 284 p.

_____. **Demografia Médica no Brasil 2018**. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, CREMESP, 2018. 286 p.

SIEGRIST, J. **The model of effort-reward imbalance: theoretical background: information and documentation – bibliographic references** [Internet]. 1999. [cited 2009 Jul. 12]. Disponível em: <http://www.uni-duesseldorf.de/www/workstress/htm>.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **SocSciMedi Med**. Massachusetts: v. 41 p. 1403-10. 1995.



Temas em Saúde

Volume 19, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

TORRES, A.R.; RUIZ, T.; MULLER, S.S.; LIMA, M.C.P. Qualidade de vida e saúde física e mental dos médicos: uma autoavaliação por egressos da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v. 14 n. 2 p. 264-275. 2011.



QUALIDADE DE VIDA DE MÉDICOS: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA BRASILEIRA

Páginas 384 a 406

Artigo

**REDE CEGONHA E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE: ANÁLISE DA
IMPLEMENTAÇÃO NO ESTADO DO MARANHÃO**

**STORK NETWORK AND THE PRINCIPLE OF INTEGRALITY: ANALYSIS
OF IMPLEMENTATION IN THE STATE OF MARANHÃO**

Arleane Débora dos Santos Gonçalves¹

Francisca Thamires Lima de Sousa²

Kezia Cristina Batista dos Santos³

Danubia Rodrigues Santos⁴

Camila Jane Mota Pereira⁵

RESUMO - Instituída em 2011 pelo Ministério da Saúde, a Rede Cegonha foi lançada como estratégia para redução da taxa de mortalidade materna no Brasil a partir da construção de uma rede de cuidado com ações que vão desde o planejamento da gestação ao parto e nascimento seguro. Nesse sentido, o presente trabalho toma como referência a Rede Cegonha enquanto estratégia para efetivação do princípio da integralidade na atenção à saúde materno-infantil, tendo como objetivo analisar o seu processo de implementação no estado do Maranhão entre os anos de 2011 a 2014 com destaque para as principais dificuldades identificadas nesse processo. Trata-se de uma pesquisa

¹ Assistente Social. Especialista em Saúde da Mulher pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, Maranhão – Brasil;

² Assistente Social. Mestranda em Desenvolvimento Socioespacial e Regional pelo Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Socioespacial e Regional da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). São Luís, Maranhão – Brasil;

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, Maranhão - Brasil. E-mail: kezia_cristinabs@hotmail.com;

⁴ Administradora. Especialista em Gestão Pública pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). São Luís, Maranhão – Brasil;

⁵ Assistente Social. Especialista em Atenção Cardiovascular pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Maranhão (UFMA). São Luís, Maranhão - Brasil.



Artigo

qualitativa de caráter descritivo e exploratório, realizada a partir de levantamento bibliográfico e documental em manuais e sites do Ministério da Saúde. Os resultados apontam a existência de uma rede em construção com fragilidades que incidem no acesso integral e na qualidade das ações e serviços necessários ao desenvolvimento pleno da Rede Cegonha.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Materno-Infantil; Integralidade em Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT - Established in 2011 by the Ministry of Health, the Stork Network was launched as a strategy to reduce the maternal mortality rate in Brazil through the construction of a care network with actions ranging from the planning of pregnancy to childbirth and safe birth. In this sense, the present work takes as reference the Stork Network as a strategy to implement the principle of integrality in maternal and child health care, with the objective of analyzing its implementation process in the state of Maranhão between the years 2011 to 2014 to the main difficulties identified in that case. This is a qualitative research of a descriptive and exploratory nature, carried out based on a bibliographical and documentary survey in manuals and websites of the Ministry of Health. The results indicate the existence of a network under construction with weaknesses that affect full access and quality of the actions and services necessary for the full development of the Stork Network.

Keywords: Maternal-Child Health Services; Integrality in Health; Unified Health System.

INTRODUÇÃO

O presente artigo se propõe a trazer reflexões acerca da implementação da Rede Cegonha (RC) no estado do Maranhão, no período de 2011 a 2014, como estratégia para efetivação da integralidade da assistência à saúde da gestante. Aqui, entende-se integralidade como a garantia do acesso a ações e serviços de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) que propiciam uma gestação, parto e nascimento de qualidade.



REDE CEGONHA E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE: ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO NO ESTADO DO MARANHÃO

Páginas 407 a 433

Artigo

O interesse por essa temática surgiu a partir da vivência propiciada por intermédio da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), na qual pode-se observar a realidade da gestante maranhense na busca por serviços que assegurassem uma gestação e parto seguro, em que foi possível notar a existência de alguns desafios enfrentados nesse processo.

Considerando, ainda, a taxa de mortalidade materna no estado do Maranhão que se manteve elevada entre os anos de 2011 a 2014 com redução de 99 para 87 óbitos maternos a cada 100 mil nascido vivos (DATASUS, 2015), apesar do desenvolvimento, implementação e intensificações de ações direcionadas a saúde da mulher. Tais dados apontam a latente necessidade de debate sobre os desafios e possibilidades de ações de saúde que o estado maranhense dispõe para superação desta problemática.

Historicamente a política de saúde para mulheres se deu em um viés materno-infantil restrito ao período gravídico-puerperal, assim, além de fragmentada, as ações desenvolvidas não eram capazes de solucionar a problemática dos recorrentes óbitos da mãe e bebê.

Na década de 1980, com a intensificação das reivindicações dos movimentos de mulheres pelo direito a saúde integral registra-se alguns avanços nessa área, com destaque para a proposição do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), que trouxe pela primeira vez a proposta de integralidade objetivando a superação da visão restrita que se tinha.

A instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, permite ampliar o conceito de saúde no Brasil que passa a ser vista não somente como ausência de doenças, mas como um completo estado de bem-estar físico, mental e social. Em decorrência da nova conceituação de saúde, foi necessário ampliar os fatores que a determinam, assim, a saúde passa a ser vista como a expressão das condições de vida da população, o que “[...] contribui decisivamente para a construção de uma nova forma de entender a promoção da saúde como fator essencial para o desenvolvimento humano” (IAMAMOTO, 2008, p. 277).

O conceito ampliado de saúde propiciou um novo olhar às políticas existentes, igualmente, a Política de Saúde de Mulheres que já possuía uma perspectiva de integralidade se renovou a partir da Política Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PNAISM), com uma nova abordagem que englobou o conceito de gênero como parte constituinte dos condicionantes e determinantes de saúde feminina.

Apesar dos significativos avanços obtidos, o índice de mortalidade materna e infantil ainda era elevado, portanto, houve a necessidade da criação de estratégias para



Artigo

redução desses indicadores. Segundo o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), de 1990 a 2015, houve redução de 58% na razão de mortalidade materna no Brasil, passando de 143 para 60 óbitos maternos para cada 100 mil nascidos vivos, porém apesar dos progressos, a mortalidade materna ainda se constitui um sério problema de saúde pública no país exigindo a necessidade de enfrentamento energético para cada um dos aspectos envolvidos nessa problemática (BRASIL, 2018).

Dessa forma, com a proposta de disseminar no país um novo modelo de atenção à saúde da gestante, em 2011 foi instituída, a partir da Portaria nº 1.459/2011, a RC com o objetivo de ampliar o acesso das gestantes aos serviços e cuidados de planejamento familiar, pré-natal e parto humanizado tendo em vista a redução do índice de mortalidade materno e infantil no Brasil. As ações de saúde desenvolvidas têm como base uma rede de cuidados, previstas a partir de quatro componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte e Regulação, por meio dos quais os estados e os municípios se orientam para aderir ao Programa (BRASIL, 2011).

O presente trabalho tem como foco o estado do Maranhão como campo para a pesquisa. O que se buscou, portanto, foi discutir os aspectos que interferem na implementação desta rede no estado do Maranhão, seus avanços e desafios como forma de compreender para além da estrutura da RC os fatores que contribuem ou dificultam a sua efetivação.

Para esta análise utilizou-se como base teórico-metodológica o materialismo histórico dialético, que, “[...] permite ao pensador dialético observar o processo pelo qual as categorias, noções ou formas de consciência surgem umas das outras para formar totalidades cada vez mais inclusivas, até que se complete o sistema de categorias, noções ou formas, como um todo” (ALVARO, 2010, p.2).

O desenvolvimento do artigo foi realizado por meio de pesquisas bibliográfica e documental em manuais e sites do Ministério da Saúde (MS) a partir de uma abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório, visando à interpretação do ambiente pesquisado, centrando na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais.

As bibliografias analisadas foram selecionadas considerando estudos e debates que fundamentassem o desenvolvimento da política de saúde da mulher, apreendessem o quadro de saúde do estado do Maranhão em especial dos serviços destinados a população gestante e dispusessem de indicadores de saúde, sobretudo os índices de mortalidade materna no Brasil e no Maranhão.



Artigo

O trabalho dividiu-se em três categorias temáticas. A primeira categoria descreve o histórico da política de saúde da mulher, no intuito de situar os avanços e conquistas e consequentemente compreender os contornos da Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher na Atualidade. A segunda categoria apresenta a rede cegonha, com seus objetivos e componentes bem como, os relacionados à integralidade. E na terceira categoria, buscou-se analisar a implementação da rede cegonha no Maranhão, discutindo-se sua atuação como estratégia para a garantia da integralidade da saúde da mulher gestante.

Sistema Único de Saúde e a política de saúde para mulheres: breve contextualização histórica

No Brasil, a construção do SUS, tal qual temos na atualidade, se deu de forma lenta e gradual, fruto de uma intensa luta de vários movimentos sociais, sobretudo o movimento da reforma sanitária, os quais lutaram por uma política de saúde universal, integral e equânime. A proposta dos movimentos visava superar, as tradicionais iniciativas de saúde ofertadas de forma excludente, fragmentada, baseada nos parâmetros do modelo biomédico que reduzia a saúde apenas a ausência de doença.

Neste sentido, as ações de saúde direcionadas à população feminina se limitavam a demandas relacionadas ao período gravídico-puerperal, assim, ofertadas de forma vertical e sem considerar a necessidade real da população local, pois excluía da sua cobertura de intervenção os demais fatores determinantes e condicionantes da saúde e doença da mulher.

A situação de saúde envolve diversos aspectos da vida, como afirma o MS:

A saúde e a doença estão intimamente relacionadas e constituem um processo cuja resultante está determinada pela atuação de fatores sociais, econômicos, culturais e históricos. Isso implica em afirmar que o perfil de saúde e doença varia no tempo e no espaço, de acordo com o grau de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região (BRASIL, 2004, p. 12).

Dessa forma, para entender a história da política de saúde da mulher é também necessário considerar a sua função social construída a partir da forte influência da cultura patriarcal, que reduzia o papel da mulher a de reprodutora e cuidadora do lar. Portanto,



Artigo

agrega historicamente desigualdades de poder entre homens e mulheres que implicam num forte impacto nas condições de saúde destas últimas.

Nessa perspectiva, as ações de saúde refletiam uma visão ideológica e propunham uma atenção direcionada, baseada em sua especificidade biológica e no papel social da mulher como mãe e doméstica. Funções incorporadas como naturais e exclusivas.

Assim, historicamente, a saúde da mulher foi pensada e trabalhada através de um viés materno-infantil, oriunda das décadas de 1930 e 1940, onde os donos das fábricas começaram a trabalhar a importância do aleitamento materno no intuito de diminuir o adoecimento das crianças e por consequência, reduzir as faltas das mães ao trabalho estabelecendo um modelo de atenção pré-natal, visando o nascimento de crianças saudáveis e justificando-se a institucionalização do parto.

No Brasil, as ações de saúde direcionadas à mulher até meados da década de 1980 não são diferentes das medidas adotadas na implementação da política de saúde como um todo. Predominantemente marcados pela centralização normativa, os planos direcionados à saúde eram elaborados sem qualquer avaliação das necessidades da população local. Assim, as ações de saúde implantadas durante esse período foram caracterizadas pelo distanciamento entre as medidas adotadas e as reais necessidades das mulheres brasileiras (RAMALHO et al., 2012, p. 12).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013), a população feminina representa 51,4% da população brasileira e é a que mais utiliza dos serviços do Sistema Único de Saúde, seja na busca de atendimento próprio como no papel de acompanhante de filhos, companheiros entre outros (BRASIL, 2012). Porém, por um longo espaço de tempo o Estado não apresentou posição concreta e clara quanto a questão da saúde da mulher e a atenção à saúde dessa população foi ofertada de forma insuficiente.

Conforme afirma Costa (1986), “[...] ao lado de reforçar a valorização social da mulher como reprodutora, o objetivo final era a proteção à saúde e bem-estar do conceito [...]”. Assim houve a implantação em larga escala de ações de planejamento familiar de cunho controlador, bem como as do programa de Saúde Materno Infantil que tinham como real objetivo a garantia da reprodução da força de trabalho e o controle demográfico.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse



Artigo

período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares (PNAISM, 2004, p. 15).

Tais propostas repercutiram de forma negativa para a população feminina, que permaneceu a reivindicar ações de planejamento familiar, porém que fosse realizada dentro de uma perspectiva do livre exercício da sexualidade e da livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convinham. Dentro desse contexto de luta social houve um amplo movimento pelo direito a saúde, em especial os movimentos de mulheres reivindicavam por uma atenção especializada à saúde da mulher que extrapolasse a visão restrita, limitada aos aspectos biológicos e anatômicos do corpo feminino.

Em resposta à pressão social dos movimentos feministas e de mulheres⁶, foi criado em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que incorporou em seu texto as manifestações dos movimentos da reforma sanitária e feministas por uma saúde integral e uma política específica para mulheres em sua totalidade (corpo, sexualidade, reprodução etc.).

O PAISM surgiu com a proposta de ser mais que um programa, pois englobou em sua redação um conjunto de diretrizes normativas que propunha reorganização da assistência em saúde da mulher em sua integralidade, quer dizer, o programa nasceu como marco referencial no qual a integralidade se tornaria um dispositivo para a construção da cidadania, por sinalizar a superação da atenção à saúde da mulher além do ciclo gravídico-puerperal, ou seja, além do paradigma clínico-ginecológico estruturado socialmente (RAMALHO et al., 2012, p. 20).

⁶ Marcondes (2013, p.02) esclarece que: — os movimentos feministas e de mulheres não são sinônimos. No primeiro caso, trata-se de um movimento social que assume como diretrizes de atuação o repertório consolidado pela luta feminista, visando a superação da desigualdade de gênero, necessariamente. No segundo caso, trata-se de uma organização de mulheres para lutar pelas mais diversas demandas socialmente problematizadas, que podem ou não estar relacionadas à condição das mulheres, e podem ou não ter relação com o repertório feminista, podendo mesmo implicar, através de sua atuação, a reprodução de estereótipos de gênero”.



Artigo

Dessa forma, o Programa assinala, sobretudo, uma ruptura conceitual da visão fragmentada de saúde da mulher, incorporando pela primeira vez a ideia de integralidade, propondo ações equânimes com abordagem que incorporassem todas as fases do ciclo vital da mulher.

Entretanto, com a ideia de assistência em saúde sobrepondo a de atenção, bem como a desarticulação dos três níveis federativos que possibilitariam a integralidade, o PAISM acabou por se tornar um campo de possibilidades de um novo pensar e agir sobre a questão da saúde da mulher devido à inexistência de uma adequada estrutura dos serviços sociais.

O PAISM surge envolto em um contexto de intensas lutas sociais pela redemocratização do país, logo, em meios as forças políticas antagônicas não conseguiu se desenvolver plenamente, “visto que a rede de atenção básica neste período tinha presença simbólica e a relação entre as três esferas de governo praticamente não existia”. (RAMALHO et al. 2012, p. 15).

Havia um contexto imbuído por conflitos de interesses entre o setor público e o privado e a política de saúde no Brasil como um todo ainda não era uma realidade concreta. Assim, inicialmente as ações propostas pelo PAISM não foram significativas, porém com a criação do SUS tornou-se possível incorporar em suas estratégias de atuação as prerrogativas do movimento sanitário.

Deste modo, o processo de implantação e implementação do PAISM ocorreu gradativamente. No início fora desenvolvido de forma desarticulada, a partir de 1989 e década de 1990, com a instituição do SUS, passou a ser influenciado pelas características da nova política de saúde. Assim, não podemos negar que o referido Programa trouxe aspectos inovadores à Política de Saúde da Mulher.

Ademais, as prerrogativas do PAISM permitiram expandir o seu campo de atuação, entretanto a visão de integralidade incorporada ainda se detinha aos aspectos biológicos do corpo feminino.

O PAISM, não conseguindo romper com o paradigma clínico-ginecológico estruturado historicamente, marca um processo de continuidade, no qual ações educativas voltadas à promoção em saúde não foram implementadas. As ações pautaram-se em aspectos que o



Artigo

próprio título do programa já denunciava, ao propor ‘assistência’ e não ‘atenção’ em saúde, ou seja, a processos voltados apenas ao adoecimento da mulher em um único aspecto e ciclo de vida, sem que a centralidade do corpo tenha sido superada (RAMALHO et al. 2012, p. 18).

Portanto, ainda não era suficiente para responder de forma satisfatória as necessidades da população feminina que chamavam a atenção para os aspectos sociais alegando que as desigualdades existentes entre homem e mulher se refletiam também nos problemas de saúde. Sendo assim, fazia-se necessário uma política capaz de dar conta de tais aspectos, propondo para além de ações de saúde mudanças sociais que alterassem qualitativamente as condições de vida e saúde da população em questão.

As mulheres organizadas argumentavam que as desigualdades nas relações sociais entre homens e mulheres se traduziam também em problemas de saúde que afetavam particularmente a população feminina. Por isso, fazia-se necessário criticá-los, buscando identificar e propor processos políticos que promovessem mudanças na sociedade e conseqüentemente na qualidade de vida da população (BRASIL, 2012, p. 16).

E assim, decorrente da luta do movimento feminino e os avanços trazidos pela Constituição Federal de 1988, que instaura, em âmbito nacional, o direito universal e integral dos serviços de saúde, foi instituída em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher - PNAISM.

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2012, p. 5).



Artigo

A PNAISM teve como base o PAISM, porém trouxe uma nova roupagem ao significado de integralidade trabalhada agora em uma perspectiva de gênero. A abordagem de gênero trabalhada na PNAISM consiste em tomar como referência o modo como homens e mulheres se relacionam na sociedade e como isto se reflete no processo saúde/doença, pois significa incorporar os condicionantes sociais como parte integrante do desenvolvimento da política de saúde da mulher.

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (BRASIL, 2012, p.13).

Entende-se assim, que a ideia de integralidade requer a superação de ações centradas em aspectos biológicos e o entendimento dos fatores sociais, culturais, religiosos, políticos entre outros como determinantes e condicionantes da situação de saúde de uma determinada população, logo, requer a formulação de políticas abrangentes e profissionais capacitados para o reconhecimento de aspectos que extrapolam a visão de saúde como apenas ausência de doença.

Nessa perspectiva, a melhoria da prestação dos serviços de saúde constitui um desafio permanente, assim, por mais que a criação da PNAISM tenha significado um avanço na forma de conduzir as ações de saúde para as mulheres ainda existem falhas quanto à cobertura, qualidade e continuidade da atenção. Em razão disso foi proposta a criação da RC, tendo por objetivo a redução do índice de mortalidade materna e infantil a partir da formulação de uma rede de assistência integral a gestante.

A Rede Cegonha como estratégia para efetivação da integralidade

Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela lei 8080 de 1990, o SUS, trouxe características inovadoras para a Política Pública de Saúde no Brasil, o que antes era acessado apenas pela parcela da população que possuía carteira assinada passou a ser direito de todos e dever do Estado.



REDE CEGONHA E O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE: ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO NO ESTADO DO MARANHÃO

Páginas 407 a 433

Artigo

Além da universalização do direito, a Constituição de 1988 permite ampliar o conceito de saúde compreendida agora enquanto bem-estar físico, social e psicológico, englobando, portanto, diversos aspectos da vida da população envolvidos na relação saúde e doença.

Guiado pelos princípios da Universalidade, Integralidade, Equidade, Descentralização, Resolubilidade, Regionalização e Hierarquização e a Participação Popular, o SUS, preconiza a saúde enquanto direito de todo cidadão, assegurado mediante ações de prevenção, proteção e recuperação fazendo com que o usuário dos seus serviços esteja amparado integralmente no que concerne ao desenvolvimento pleno de sua saúde.

A integralidade, orientada pela regionalização, assegura que o acesso universal a saúde seja promovido nos três níveis de complexidade, assim têm-se a disponibilização de ações que vão desde serviços ambulatoriais a transplante de órgãos, combinando ações preventivas, assistenciais e curativas. Para tanto, torna-se necessária a articulação e a integração de diversas dimensões do sistema de saúde que propiciem a organização de fluxos de encaminhamento através da construção de redes regionalizadas e hierarquizadas que devem ser orientadas pela proposta de cada Estado.

Nessa lógica, como forma de organização dos serviços de saúde no SUS, foi implantada em 2010, através da Portaria GM/MS n. 4.279/2010, a Rede de Atenção à Saúde (RAS), com o objetivo de “prestar uma atenção integral, de qualidade, resolutiva, de forma regionalizada, com integração entre os diversos pontos de atenção [...] que, de fato, atenda às necessidades da população adscrita” (BRASIL, 2015, p. 11).

Além de propor formas de condução das ações e serviços de saúde, de diferentes densidades, foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), cinco redes temáticas prioritárias: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (Raps), Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2015).

Assim, criada pela Portaria nº 4.279/2010 e instituída pela Portaria nº 1.459/2011, a RC surge como estratégia de efetivação do princípio da integralidade na atenção à saúde da gestante, a partir da estruturação de uma rede de cuidado direcionada a assegurar o pleno desenvolvimento da gestação bem como o nascimento seguro.

A RC tem por objetivos, fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção à gestação, ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses, organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta



Artigo

acesso, acolhimento e resolutividade e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Assegura, portanto, à mulher, o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Para tanto, organiza-se a partir de quatro componentes, quais sejam: Pré-Natal; Parto e Nascimento; Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação (BRASIL, 2011).

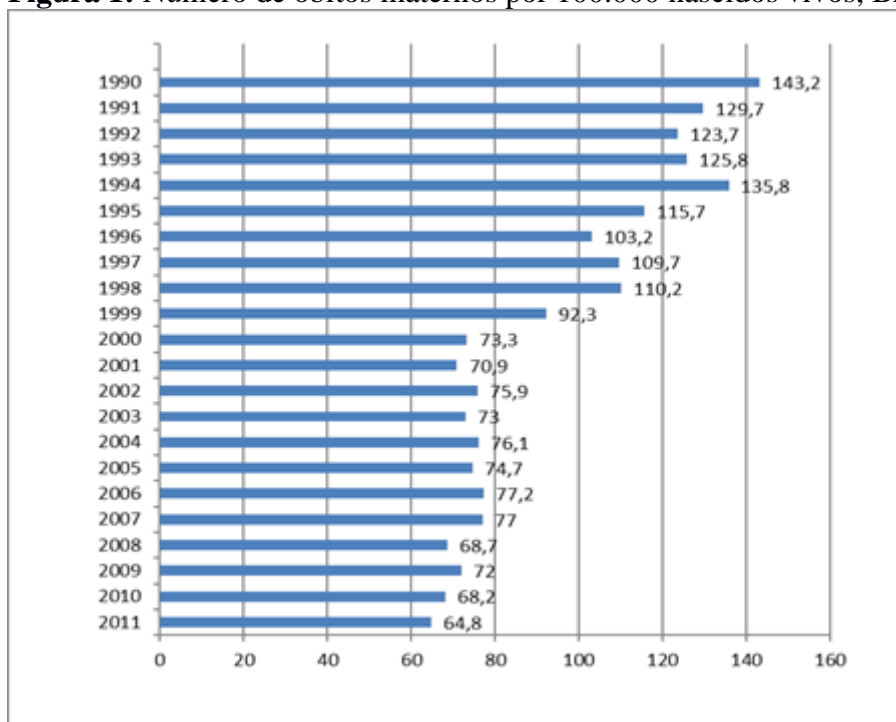
Os indicadores de mortalidade materna e infantil se constituem elemento básico para a implementação da RC. Com o desenvolvimento de estudos sobre a mortalidade perinatal e infantil, foi evidenciado que, apesar de historicamente a atenção a saúde da mulher sempre ser voltada às especificidades relativas à gravidez, ao parto, e nascimento, não havia uma abordagem adequada para solucionar a questão da mortalidade materna e infantil.

Com a implantação do SUS e o desenvolvimento das várias iniciativas do MS com a implementação de programas e políticas direcionadas a essa problemática, a taxa de mortalidade materna vem decrescendo ao longo do tempo, conforme demonstra figura abaixo:



Artigo

Figura 1: Número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos, Brasil, 1990-2011.



Fonte: DATASUS, 2018.

A partir do gráfico, é possível perceber, que, apesar dos avanços adquiridos com a criação do SUS, a morte materna ainda permanece como problema relevante no Brasil, pois além dos indicadores de óbito materno demonstrarem que a redução não foi algo constante ao longo dos anos, a partir dos anos 2000 a queda do índice de mortalidade é baixa. Assim, o Brasil chega aos anos 2011 com a taxa ainda elevada, considerando o parâmetro preconizado pela Organização Mundial de Saúde de 20 mortes à cada 100 mil nascidos vivos em países em desenvolvimento (WHO, 2016).

Dessa forma, reconhecendo a necessidade de reformular estratégias para atenção nesta área a RC foi instituída com o objetivo de reduzir a mortalidade materna, por apreendê-la como uma forma de transgressão aos direitos humanos, a partir da estruturação de uma rede que assegure a oferta de um pré-natal de qualidade, uma vez que,



Artigo

[...] uma atenção adequada durante o pré-natal pode viabilizar diagnóstico e tratamento precoces de uma série de complicações, além de possibilitar que os profissionais realizem estratégias de educação em saúde, visando atingir comportamentos de risco e assim contribuir para redução da mortalidade, tanto materna quanto infantil (GUERRA et al., 2016 p. 74).

Assim, para além de estratégias de atendimento em ações de saúde, também foi necessário pensar as gestantes enquanto cidadãs de direito, assegurando seus direitos previdenciários e sociais (atendimento preferencial) na perspectiva da integralidade pautada no conceito ampliado de saúde, qual seja, bem-estar físico, psicológico e social.

Como uma inovadora estratégia do MS em âmbito nacional, a RC age guiada pelos princípios e diretrizes do SUS, bem como em consonância com políticas pré-existentes, pois atua considerando os princípios e diretrizes da PNAISM, assim, trabalhada dentro da perspectiva de gênero.

Vale enfatizar que, seguindo o que já vinha sendo difundido pela PNAISM, a RC também compreende aspectos da vida da mulher que ultrapassam fatores biológicos, uma vez que para além de ações curativas, reconhece os determinantes e condicionantes sociais da saúde, tendo em vista uma atuação que considere as condições de vida da gestante atendida e as dificuldades para o acesso aos serviços de saúde.

Surge assim, um modelo de atenção que compreende a saúde como um conjunto de diversos aspectos da vida, como a condição de trabalho, moradia, alimentação e renda, logo, as diversidades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada.

As mortes materna e neonatal estão estreitamente condicionadas à falta de reconhecimento destes eventos como um problema social e político; ao desconhecimento da sua verdadeira magnitude; e à deficiência da qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres no ciclo gravídico-puerperal e ao recém-nascido (BRASIL, 2004, p. 3).

Considerando ainda as particularidades da diversidade social e econômica de cada estado e município, o princípio da regionalização, tido como um dos princípios norteadores do SUS estará norteando as ações da rede cegonha através da criação de regiões de saúde. Visto que, nem todo município dispõe de todos os serviços de saúde



Artigo

necessários para a garantia da integralidade, deve ser construída uma linha de cuidado que assegure o pleno desenvolvimento da gestação e do parto, conforme preconizado na RC.

Portanto, “a Rede Cegonha orienta a linha de cuidados da gestante e recém-nascido, com ações e fluxo da gestante no território, desde a confirmação da gravidez até o nascimento, considerando a avaliação do risco gestacional e os devidos encaminhamentos” (UNA-SUS/UFMA, 2016, p. 47).

Assim, o MS preconiza as ações e serviços de saúde, o princípio da integralidade o garantirá e a estratégia da regionalização construirá o caminho a ser seguindo, assegurando as ações que irão desde o acolhimento ao parto e nascimento humanizado e seguro.

O princípio da integralidade, visto como um dos alicerces do SUS, incita que a abordagem do profissional da saúde não deve se limitar a uma atenção puramente curativa, buscando dimensionar fatores de risco à saúde, e, por conseguinte, a execução de ações de promoção e prevenção individuais e/ou coletivas. Neste sentido, o olhar deve ser totalizante, com apreensão da gestante como sujeito biopsicossocial, como também está deve se sentir acolhida e confiante nos serviços e programas de saúde que participa, e quando necessário acesso aos demais serviços de saúde (BEZERRA, 2008, p. 14).

Dentro da perspectiva da integralidade, a RC busca a redução da mortalidade materna e infantil assegurando o que é preconizado pelo MS, dessa forma deverá propiciar o direito ao planejamento familiar, assegurando que a gestação seja algo planejado, e assim o pré-natal se iniciará antes mesmo da concepção, ou no primeiro trimestre da gestação e ainda garantir que os exames de rotina e ultrassonografia sejam realizados em tempo viável.

Entende-se, portanto, que o termo integralidade na atenção à saúde da gestante, requer dos serviços de saúde e de seus profissionais uma assistência de qualidade que considere as diversas dimensões da vida e seja resolutivo para tratar ou encaminhar essa gestante em decorrência dos problemas de saúde que possam aparecer ou agravar-se decorrente deste período.



Artigo

Rede Cegonha no Maranhão

As diferenças históricas e estruturais existentes no Brasil influenciam diretamente na forma de organização do SUS nas diversas regiões do país, pois, embora guiadas pelos mesmos princípios e diretrizes, podem apresentar diferentes formas de organização e gestão do sistema de saúde.

Dessa forma, o desenvolvimento de uma mesma estratégia de saúde pode e contém variáveis a depender das particularidades de cada localidade. Assim como está estipulado na Portaria do MS nº 1.559, de agosto de 2008 em seu § 3 art. 10.

§ 3º Cabe aos Municípios: I - operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em co-gestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais; II - viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização; III - coordenar a elaboração de protocolos clínicos e de regulação, em conformidade com os protocolos estaduais e nacionais; IV - regular a referência a ser realizada em outros Municípios, de acordo com a programação pactuada e integrada, integrando-se aos fluxos regionais estabelecidos; V - garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada [...] (BRASIL, 2008)

Nessa lógica, ainda que a RC seja uma proposta do governo federal, sua execução é de competência dos Estados e municípios, de tal modo que sua implementação dar-se-á baseada na realidade e nas diferenças econômicas e culturais de cada localidade. Neste ensejo, analisaremos a RC no Maranhão a partir da sua instituição em 2011 até o ano de 2014, como forma de entender como a atenção integral à saúde da gestante vem se desenvolvendo no referido estado.

Formado por uma área de 331 937,450 km², o estado do Maranhão é composto por 217 municípios e possui uma população, segundo dados do IBGE (2010), de 6.574.789 de habitantes, em que 3.313.274 representam a população feminina e destes, 2.128.738 são de mulheres em idade fértil (mulheres com idade entre 10 a 49 anos).

Para atender a população maranhense, no que concerne ao pleno desenvolvimento da saúde, o estado possui 5.395 estabelecimentos de saúde, sendo: 61 Academias da saúde, 18 Centrais de regulação, 10 Centrais de regulação médica das urgências, 51



Artigo

Centros de apoio a saúde da família-CASF, 2 Centros de atenção hemoterápica e/ou hematológica, 98 Centros de atenção psicossocial-CAPS, 2 Centro de parto normal, 1.760 Centros de saúde/unidade básica de saúde, 1 Central de notificação, Captação e distribuição de Órgãos estadual, 722 Clínicas especializadas/ambulatórios especializados, 551 Consultórios, 2 Cooperativas, 49 Farmácias, 32 Hospitais especializados, 221 Hospitais Gerais, 6 Hospitais dia, 9 Laboratórios de saúde pública, 130 Policlínicas, 503 Postos de saúde, 17 Pronto atendimentos, 5 Pronto socorros especializados, 4 Pronto socorros gerais, 212 Secretarias de saúde, 8 Serviços de atenção domiciliar isolado (home care), 45 Unidades de atenção à saúde indígena, 452 Unidades de serviço de apoio de diagnose e terapia, 202 Unidades de vigilância em saúde, 50 Unidades mistas, 133 Unidades móveis de nível pre-hosp-urgência/emergência, 36 Unidades móveis terrestres e 3 Telessaúde (DATASUS, 2017).

É a partir da construção do mapa da saúde do estado, considerando as especificidades epidemiológicas e os diferentes serviços de saúde disponíveis em cada localidade que será construída a RC para que não acabe por se limitar a prestações de serviços apenas da atenção básica quando o caso demandar uma atenção de média e alta complexidade, visto que nem todas as cidades dispõem de condições para o desenvolvimento pleno de todos os serviços assegurados pelo SUS.

Assim, considerando o processo de formação de RAS, o estado do Maranhão está dividido em 19 Regiões de Saúde representadas por, São Luís, Açailândia, Bacabal, Caxias, Barra do Corda, Balsas, Chapadinha, Codó, Imperatriz, Itapecuru Mirim, Pedreiras, Pinheiro, Presidente Dutra, Rosário, Santa Inês, Viana, Timon, São João dos Patos e Zé Doca.

Para a organização da RC no Maranhão foi considerado o Plano Diretor de Regionalização, elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde, com a participação das Secretarias Municipais de Saúde, em uma perspectiva de territorialização, garantindo o acesso e a integração dos municípios nas regiões de saúde do estado. Embasando-se ainda no que é estipulado na Portaria nº 1.459/2011, que no art.8º define que a operacionalização da Rede Cegonha se fará pela execução de cinco fases: I - Adesão e diagnóstico; II - Desenho Regional da Rede Cegonha; III - Contratualização dos Pontos de Atenção; IV - Qualificação dos componentes e V – Certificação.

Considerando a necessidade da criação de Planos de Ação Regional e Municipal da RC, que são os documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, o estado do Maranhão, por meio da Portaria nº 650 de 5 de outubro de 2011, estipula em seu art. 2º a necessidade da realização de análise da situação da saúde da



Artigo

mulher e da criança de cada município da região, bem como institui o grupo condutor responsável por fomentar o processo de implementação da RC.

Assim, o início desse processo ocorreu a partir de reuniões entre os representantes do MS, da Secretaria Estadual da Saúde e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Maranhão, para tratar dos indicadores constantes na matriz diagnóstica e alinhamento sobre os princípios, diretrizes e método de trabalho para a implementação da RC no Estado do Maranhão. Nesse sentido, o Grupo Condutor Estadual foi constituído por representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES), do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) e do apoio institucional do MS.

Destarte, em 2013, através da Portaria nº 1.595, de 2 de agosto de 2013 é aprovada a Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do estado do Maranhão e Municípios, que estabelece os recursos a serem incorporados ao Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado e Municípios do Maranhão, referente às Regiões de Saúde de Imperatriz, Codó e São Luís.

E, em 2014, através da Portaria nº 1.185, de 30 de maio de 2014, foi aprovado o Componente Parto e Nascimento da Etapa II do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado do Maranhão, referente a Região de Saúde de Caxias.

Isto posto, é possível notar que nem todas as regiões de saúde do Maranhão estariam sendo contempladas com os recursos financeiros, seja pela falta de instituição adequada para atenção de média e alta complexidade ou mesmo pela falta de aprovação dos Planos de Ação da Rede Cegonha das 19 regiões de saúde.

Segundo informações do Plano Estadual de Saúde (2016-2019),

No Estado do Maranhão 214 municípios fizeram adesão ao componente pré-natal e quatro Regiões de Saúde (São Luís, Imperatriz, Codó e Caxias) estão com Planos de Ação com portarias publicadas, as demais Regiões de Saúde aguardam publicação da portaria de seus respectivos planos que se encontram no Ministério da Saúde para análise (MARANHÃO, 2016).

Ao aderir ao componente pré-natal, o estado se comprometeu, dentre outras, à realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção, acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno, realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos



Artigo

resultados em tempo oportuno, e vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto.

Nesse sentido, a atenção básica se apresenta como elemento primordial para o componente Pré-Natal, pois, por trabalhar com território adstrito é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas, o que possibilita a vinculação com os indivíduos daquela região (BRASIL, 2014).

Dessa forma, é a responsável pelas orientações sobre planejamento familiar, captação precoce da gestante e qualificação da atenção, o acolhimento, acompanhamento e reconhecimento de possíveis complicações que possam caracterizar a gestão de alto risco e assim possa ordenar o caminho dessa gestante dentro da rede de serviços do SUS, possibilitando acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno bem como a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto.

Porém, em auditoria realizada pelo MS no Maranhão em 2016, foi constatado que a vinculação e visita da gestante ao local do parto, uma das diretrizes da RC, não está sendo garantida nos municípios que fazem parte da Região de São Luís, assim, não há definição de vinculação prévia da gestante ao local do parto (SES/MA, 2016).

Outra problemática encontrada é a que diz respeito a garantia da realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco, assim como o acesso aos resultados em tempo oportuno, uma vez que, o acesso aos exames complementares, para gestantes de alto risco, ocorre por agendamento nos serviços próprios ou credenciados pelo SUS, sem protocolos que indiquem sua realização em tempo oportuno, logo, não está sendo garantida a realização dos exames complementares laboratoriais e de imagem, não existindo protocolos que definam a realização dos exames e a entrega dos resultados em tempo hábil, considerando que os mesmos são ofertados por agendamento, junto aos serviços da própria rede ou nos demais serviços credenciados ao SUS.

Além disso, segundo o Plano de Ação de Saúde Estadual, o Estado do Maranhão, possui uma rede laboratorial composta por 183 laboratórios públicos e 14 centros de testagem anônima para atender os 217 municípios e ainda, apenas 77 cidades foram contempladas pela Portaria nº 1991/2017 para receber o repasse de recursos, em parcela única, referentes aos novos exames do pré-natal (MARANHÃO, 2016).

Logo, conclui-se que nem todos os municípios maranhenses têm capacidade de realizar todos os exames necessários, demandando assim de pactuação com municípios vizinhos, que por um lado supre uma pendência, mas acarreta em outra problemática, pois terá que dispor de transporte para viabilizar o deslocamento dessa gestante até o município de referência, o que nem sempre será possível.



Artigo

Outro entrave é no que concerne ao apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, uma vez que, em auditoria do Ministério da Saúde (2016) foi constatado que não é instituído mecanismo formal de regulação de acesso a leitos obstétricos e neonatais no Estado e não existem leitos obstétricos suficientes para gestante de alto risco.

Para os municípios do interior do Estado, o fluxo da gestante de Alto Risco e de UTI neonatal ocorre intermediado pela Central de Regulação do Município de São Luís (CRONP) e/ou pela Central de Regulação do Estado (CIL), sendo o encaminhamento feito para as unidades onde existem leitos disponíveis, geralmente Maternidade Marly Sarney e/ou Hospital Universitário Materno Infantil.

Sendo assim, é necessário considerar a distribuição desigual dos serviços que compõem a RC no Estado do Maranhão, que por não serem distribuídos uniformemente nas regiões de saúde, dificultam consideravelmente a autossuficiência das micro e macrorregiões que servem de referência.

Em relação à prevenção e controle da sífilis no pré-natal, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação estadual/Departamento de DST/AIDS/Hepatites, no estado, no período de 2012 a 2014, foram registrados ainda 828 casos de sífilis congênita em menores de um ano de idade. Sendo que, há uma distribuição heterogênea nas regiões, revelando que as notificações e ações efetivas deste agravo ainda não estão consolidadas no Maranhão.

É sabido que no Brasil vem ocorrendo aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 10,95 consultas por parto em 2010. No entanto, ao mesmo tempo em que observamos ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente, notamos a elevada incidência de sífilis congênita e hipertensão arterial sistêmica, causas frequentes de morbimortalidade materna e perinatal, sinalizando o comprometimento da qualidade do cuidado pré-natal (BRASIL, 2014, p. 38).

Assim, foi possível constatar inconsistências na garantia de acesso, acolhimento e qualidade na assistência às gestantes e aos recém-nascidos, destacando-se como as mais relevantes, a falta de mecanismo formal de regulação de acesso a leitos obstétricos e neonatais no Estado, sendo que a quantidade de leitos obstétricos para gestante de alto risco constitui-se insuficiente para a demanda e ainda a falta de garantia da realização de

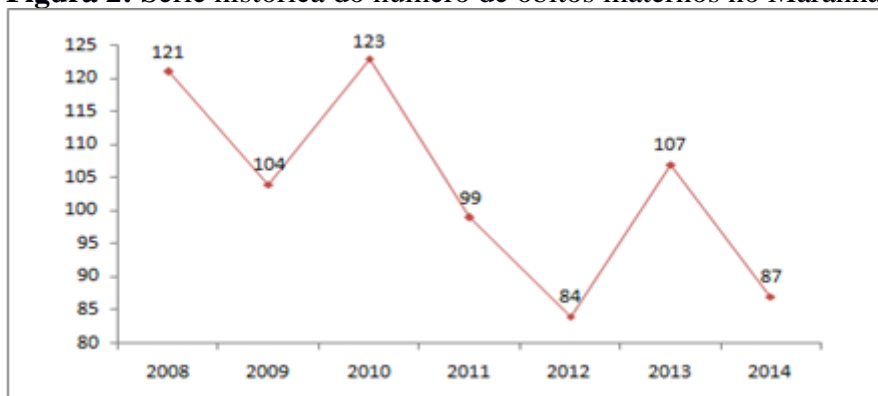


Artigo

exames especializados, para gestantes de alto risco, em tempo oportuno, como também, o comprometimento em relação ao transporte seguro para recém-nascidos de alto risco, considerando a escassez de médicos pediatras neonatologistas (MARANHÃO, 2016). Dessa maneira, verifica-se que a RC, no período de 2011 a 2014, mostrou-se em processo de implantação repercutindo em inconformidades na implementação.

Diante de tal quadro o Maranhão chega ao ano de 2014 com a mortalidade materna ainda sendo um problema significativo conforme gráfico abaixo:

Figura 2: Série histórica do número de óbitos maternos no Maranhão, 2008-2014.



Fonte: Banco de Dados 10/03/2015. Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Sendo que, em média 85% dos casos são considerados evitáveis e 71% desses óbitos são atribuídos à atenção pré-natal, puerpério e assistência hospitalar; 23% relacionados a causas sociais e 6% ao planejamento familiar e outros a uma cadeia de eventos resultantes de quaisquer dessas causas. As doenças hipertensivas específica da gestação (DHEG) e as hemorragias pós-parto são as causas mais frequentes de óbito materno (MARANHÃO, 2016).

Nesse sentido, analisando a realidade da Saúde da Mulher, a gestão que assumiu a partir de 2015, no seu Plano Estadual de Saúde (2016-2017), considera que,

As taxas elevadas estão associadas à dificuldade no acesso e na qualificação da assistência, desde o planejamento familiar e assistência pré-natal, até a assistência ao parto e puerpério. Remete à necessidade de educação permanente dos profissionais na utilização adequada dos



Artigo

protocolos clínicos, no atendimento às emergências obstétricas, no fortalecimento de um sistema de vigilância do óbito ativo e implementação dos Comitês de Prevenção de Mortalidade Materna, aberto à participação da sociedade (MARANHÃO, 2016).

Dessa forma, objetiva no quadriênio (2016-2019), aperfeiçoar o Sistema Estadual de Saúde para que a população tenha acesso integral às ações e serviços, com qualidade e de forma oportuna, contribuindo assim para a melhoria das condições de saúde, para a redução das iniquidades e para a promoção da qualidade de vida dos maranhenses.

Diante disto apresentam como metas: ampliar o acesso às Triagens Universais em 30% (trinta) das maternidades e hospitais que realizam partos no Estado do Maranhão; reduzir a Taxa de Mortalidade Materna de 83,5 para 81,51 óbitos por 100.000 nascidos vivos e apoiar a reestruturação da Rede Materna e Infantil nas 19 regiões de saúde para que assim seja garantido à população o acesso com qualidade aos serviços de atenção básica e especializada em saúde, focado na integridade do atendimento.

No contexto atual, de retrocessos de conquistas sociais, o sistema que deveria ser universal tende a focalização, destinado a população de menor poder aquisitivo, conforme afirma Ribeiro (2014, p. 14) “um direito que deveria ser de todos, passa a ser de poucos, dos que conseguem ser inseridos nas poucas vagas do SUS, alijando uma parcela significativa de cidadãos que não podem arcar com um plano de saúde”. Logo, toda estratégia destinada à garantia da universalização e integralidade da saúde se apresenta como um vislumbre para o SUS proposto pelo Movimento Sanitarista.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direito à saúde, consagrado na lei 8080/1990, que regula a Política Nacional de Saúde em todo o território brasileiro, tem como alguns dos seus princípios construtivos a Universalidade, a Integralidade e a Equidade.

Analisando o histórico das políticas públicas de saúde a partir da implantação do SUS, verifica-se que houveram avanços, porém, ainda é possível notar um limite entre o que está na lei e a vivência real dos usuários do SUS. Observa-se que ao longo dos anos várias estratégias foram implantadas visando o acesso universal e integral aos serviços de saúde, dentre eles, a regionalização com a criação de redes de atenção à saúde, que no campo materno-infantil se apresenta como Rede Cegonha.



Artigo

A proposta da Rede Cegonha é indicada para a garantia de integralidade a partir da instituição de rede de proteção pública, independente de valores, crenças e hábitos, portanto, assinala para a possibilidade de uma assistência completa e de qualidade, sobretudo para a população feminina que depende exclusivamente do SUS.

O presente trabalho permitiu identificar que para além de pactuações e repasse de recursos é necessário um empenho dos trabalhadores de saúde para efetivação do que é preconizado, pois a Rede Cegonha, com seu entendimento ampliado de saúde, requer um atendimento que supere a visão biológica, logo a prestação de uma orientação adequada a compreensão da importância da criação de vínculo com a população é parte primordial nesse processo.

Outro ponto importante é a alocação de recursos que supram de fato a demanda a que se propôs, pois não é possível que haja, de fato, a integralidade da oferta dos serviços de saúde quando os municípios de referência não dispõem de recursos financeiro, técnico e humano que se iguale a sua real demanda. O enfrentamento dessa questão requer intervenção por parte das três esferas de governo que devem estar trabalhando no sentido de diagnosticar as problemáticas e posteriormente criar alternativas viáveis para resolvê-las, ou seja, pensar hoje na integralidade da saúde é entender a articulação dos três níveis federativos como principal estratégia e o comprometimento de todos profissionais de saúde.

Deve-se visualizar a função de cada serviço com a rede complexa que compõe a totalidade do SUS. Nesta premissa é fundamental e necessário que os gestores busquem a articulação entre os diferentes serviços e instituições, para que aja a superação das estruturas verticais e setoriais que historicamente a administração pública apresenta, considerar os determinantes políticos e institucionais que determinam a alocação de recursos financeiros e humanos, a hierarquia entre os setores e a não participação efetiva da sociedade na discussão, elaboração e avaliação das políticas.

Dessa maneira, torna-se, necessário o cumprimento dos objetivos e etapas da RC conforme estipulado na Portaria nº 1.459/2011, bem como o desenvolvimento de um processo contínuo de avaliação dos serviços disponibilizados, particularmente o atendimento integral à usuária, considerando sua implicação numa prática de qualidade.

Em suma, percebe-se a clara necessidade de busca pela superação da visão fragmentada, a garantia do acesso as informações pelos usuários e o desenvolvimento da capacidade de análise crítica do contexto social, apontando ainda, para o necessário comprometimento com a qualidade da assistência à saúde, para que a ampliação da



Artigo

cobertura não se reduza apenas ao aumento de atendimentos, mas que seja um atendimento qualificado inscrito na lógica do direito.

REFERÊNCIAS

ALVES, Alvaro. O método materialista histórico dialético: alguns apontamentos sobre a subjetividade. **Revista de Psicologia da UNESP**. v. 9, n. 1, p. 1-13, set. 2010.

Disponível em:

<<http://www2.assis.unesp.br/revpsico/index.php/revista/article/viewFile/74/214>>.

Acesso em: 16 jun. 2014.

BEZERRA, Melina de Paiva. **Percepção da gestante sobre a integralidade da atenção pré-natal**. Fortaleza, 2008. Disponível em:

<<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp090578.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em:

<<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2018.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 2011. Acesso em: 13 jan.2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Disponível em:

<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>.

Acesso em: 13 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasil, 2004. Disponível em:

<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/>



Artigo

junho/20/2.a%20Pacto%20redu%C3%A7%C3%A3o%20mortalidade.pdf>. Acesso em 13 jan.2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.595**, de 2 de agosto de 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1595_02_08_2013.html>. Acesso em 18 jan.2018.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.185**, de 30 de maio de 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1185_30_05_2014.html>. Acesso em 13 jan. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em 10 jan.2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em 10 jan.2018.

_____. **Portaria do Ministério da Saúde nº 1.559**, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 15 jan.2018.

_____. **Portaria do Ministério da Saúde nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: 20 fev.2018.

_____. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna**. 28 de maio de 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia->



Artigo

saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>. Acesso em: 20 abr. 2018.

DATASUS. Indicadores de Mortalidade. **Razão de mortalidade materna**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/c03.htm>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

DATASUS. CNES - **Estabelecimentos por Tipo - Maranhão**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/estabma.def>>. Acesso em: 05 fev. 2018.

GUERRA, Heloísa Silva et al. Análise das Ações da Rede Cegonha no Cenário Brasileiro. **Iniciação Científica CESUMAR**. jan./jun. 2016, v. 18, n. 1, p. 73-80. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/4897/pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2018

IAMAMOTO, Marilda V. As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3. Ed. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

IBGE. **Cidades**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=211130&idtema=130>>. Acesso em: 29 jan. 2018

MARANHÃO. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Estadual de Saúde PES 2016-2019**. Disponível em: <<http://www.transparencia.ma.gov.br/prestacao-de-contas/2016/1.40.01%20-%20Plano%20de%20sa%C3%BAde%20e%20relat%C3%B3rio%20de%20gest%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2017.

MARCONDES, Mariana Mazzini. Política de creche e território feminizado: do cuidado assistencial para a educação infantil. In: VII CONGRESSO LATINO-Americano de Estudos de Trabalho. **O trabalho no século XXI**. Mudanças, impactos e perspectivas, 2013. Disponível em:



Artigo

<<http://congressoalast.com/wpcontent/uploads/2013/08/156.pdf>>. Acesso em 19 fev. 2018.

RAMALHO, Katiane; SILVA, Silvaneide, LIMA, Silvania Maria, SANTOS, Marli de Araújo. Política de saúde da mulher à integralidade: efetividade ou possibilidade?

Caderno de Graduação – Ciências Humanas e Sociais Fits. Maceiro. 2012.

Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/462>>.

Acesso em: 15 jan.2018.

RIBEIRO, Danielle Sachetto. O direito à saúde em tempos neoliberais: a judicialização da saúde como estratégia para a garantia de direitos? 167 p. **Dissertação** (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Serviço Social.

Programa de Pós-graduação em Serviço Social. Juiz de Fora – MG, 2014. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgservicosocial/files/2014/01/danielle_ribeiro.pdf>.

Acesso em: 05 fev. 2018.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO.

MS/SGEP/Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Auditoria nº 15918**.

Relatório. São Luís, 2016. Disponível em:

<[file:///C:/Users/Arleane%20Gon%C3%A7alves/Downloads/Relat%C3%B3rio%20Consolidado%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/Arleane%20Gon%C3%A7alves/Downloads/Relat%C3%B3rio%20Consolidado%20(7).pdf)>. Acesso em: 27 jan. 2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO. UNA-SUS/UFMA. **Redes de atenção à saúde**: a Rede Cegonha. Consuelo Penha Castro Marques. São Luís: EDUFMA, 2016.

<http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes02.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Maternal mortality. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/>>. Acesso em: 27 jan. 2018



Artigo

RELAÇÃO DO NÍVEL DA ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSOS COM
CONDIÇÕES DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E DO SONO

RELATIONSHIP OF ELDERLY PHYSICAL ACTIVITY LEVEL TO HEALTH,
LIFE QUALITY AND SLEEP CONDITIONS

Fátima Ferretti¹

Maria Paula Maia dos Santos²

Marcia Regina da Silva³

RESUMO - Introdução: A prática de atividade física regular tem sido uma estratégia utilizada na população idosa com o intuito de promover melhores condições de saúde para um envelhecimento saudável, autônomo e independente mesmo em idosos com condições crônicas. **Objetivo:** Relacionar o nível de atividade física de idosos com as condições de saúde, qualidade do sono e de vida. **Metodologia:** Estudo quantitativo, transversal e populacional com 519 idosos residentes no ambiente urbano de um município catarinense. Os idosos foram avaliados no domicílio quanto as condições de saúde, por meio do questionário adaptado de Morais, intensidade da dor pela escala visual numérica (EVN), qualidade do sono pela escala de Pittsburgh (PSQI), nível de prática de atividade física pelo questionário IPAQ versão curta e qualidade de vida em populações idosas por meio do *Whoqol-Old*. Os dados foram analisados pelo teste *Kruskal Wallis*, seguido do teste *U de Mann-Whitney* para comparação entre os grupos. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. **Resultados:** Dos idosos avaliados, 340 (65,5%) eram mulheres, 455 (87,7%) relataram apresentar alguma doença crônica, 466 (89,8%) faziam uso de um ou mais medicamentos, 281 (54,1%) relataram dor nos últimos seis meses, 167 (32,2%) sofreram pelo menos uma queda nos últimos seis meses e 274 (52,8%) foram

¹ Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva pela Unifesp e Pós-doutoramento na Universidade do Porto. Docente do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó -SC

² Licenciada em Desporto e Educação Física. Doutorado em Ciência do Desporto na FADEUP e Pós-Doutoramento na University of Bristol – Reino Unido. Docente da Faculdade de Desporto na Universidade do Porto – Portugal - FADEUP e investigadora do CIAFEL.

³ Fisioterapeuta. Mestre em Biociências e Reabilitação pela Centro Universitário Metodista do IPA. Docente do Curso de Graduação da Universidade Comunitária da Região de Chapecó –SC.



Artigo

classificados como ativos ou muito ativos (AMA), conforme o nível de prática de atividades físicas. Idosos AMA apresentam melhores condições de saúde com relação a quantidade de doenças crônicas e uso de medicamentos, melhor qualidade do sono e qualidade de vida quando comparados a idosos sedentários (SED) ou insuficientemente ativos (IA) ($p < 0,005$). Quando comparados os idosos por NAF e por faixa etária, o grupo entre 60-69 anos, apresentou diferença estatisticamente significativa na intensidade da dor e qualidade de vida entre os idosos AMA e SED e AMA e IA ($p < 0,05$); na faixa etária 70-79 anos, houve diferença para a intensidade da dor entre os idosos AMA e SED ($p < 0,05$) e, quantidade de doenças crônicas e qualidade de vida entre os idosos AMA e IA ($p < 0,05$); já na faixa etária 80-89 anos, houve diferença entre o número de medicamentos, qualidade do sono e qualidade de vida entre os idosos AMA e SED ($p < 0,05$) e qualidade de vida entre os idosos AMA e IA ($p < 0,05$). **Conclusão:** Idosos fisicamente ativos e que praticam atividades \geq a 150 minutos por semana, com frequência de pelo menos cinco dias na semana, possuem melhores parâmetros de condições de saúde, qualidade do sono e qualidade de vida; e este aspecto se manteve inclusive nos idosos longevos.

Palavras-chaves: Exercício físico; Idoso; Nível de saúde; Qualidade de vida; Transtornos do sono.

ABSTRACT - Background: The practice of regular physical activity has been a strategy used in the elderly population in order to promote better health conditions for a healthy, autonomous and independent aging even in the elderly with chronic conditions. **Purpose:** To relate the level of physical activity of the elderly with health conditions, quality of sleep and quality of life. **Methods:** A quantitative, cross-sectional and population study with 519 elderly people living in the urban environment of a city in the state of Santa Catarina. The elderly were evaluated at home for health conditions, using the Moraes adapted questionnaire, pain intensity by visual numerical scale (VNS), quality of sleep by the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), physical activity level (PAL) using the questionnaire IPAQ short version and quality of life in elderly populations through the Whoqol-Old. Data were analyzed by the Kruskal Wallis test, followed by the Mann-Whitney U-test for comparison between groups. The level of significance was set at $p < 0.05$. **Results:** Of the elderly, 340 (65.5%) were women, 455 (87.7%) reported having a chronic disease, 466 (89.8%) used one or more medications, 281 (54.1%) reported pain



Artigo

in the last six months, 167 (32.2%) suffered at least one fall in the last six months and 274 (52.8%) were classified as active or very active (AVA), according to the physical activity level. The AVA elderly present better health conditions regarding the number of chronic diseases and medication use, better quality of sleep and quality of life when compared to sedentary (SED) or irregularly active (IA) ($p < 0.005$). When comparing the elderly by PAL and by age group, the group aged 60-69 had a statistically significant difference in pain intensity and quality of life among the AVA and SED elderly and AVA and IA elderly ($p < 0.05$); ($p < 0.05$), and the number of chronic diseases and quality of life among AVA and IA elderly ($p < 0.05$); in the age group 70-79 years, there was difference in pain intensity among the AVA and SED elderly ($p < 0.05$) and number of chronic diseases and quality of life among the AVA and IA elderly ($p < 0.05$); in the 80-89 age group there was a difference between the number of medications, sleep quality, and quality of life among the AVA and SED elderly ($p < 0.05$), and quality of life among AVA and IA elderly ($p < 0.05$). **Conclusion:** Physically active elderly people who practice activities ≥ 150 minutes per week, with at least five days a week, have better parameters of health conditions, quality of sleep and quality of life; and this aspect has been maintained even among the elderly.

Keywords: Physical Exercise, Aged, Health Status, Quality of life, Sleep Wake Disorders

INTRODUÇÃO

A população idosa é o segmento que mais cresceu mundialmente, e o Brasil acompanha essa tendência. Há uma maior expectativa de vida, seja para mulheres ou homens, muitas vezes acompanhada por diferentes condições crônicas (VERAS, 2015). Mais do que alargar o tempo de vida das pessoas, há que se garantir que este acréscimo seja de qualidade e que as políticas e as ações para esse segmento busquem estratégias que estimulem uma velhice saudável; logo, autônoma e independente.

As atividades físicas realizadas de forma regular têm sido apontadas pelas pesquisas como uma estratégia eficaz para garantir bons níveis de saúde para os idosos (FREIRE et al., 2014; SOUZA et al., 2014). Powers e Howley (2014) conceituam Atividade Física (AF) como qualquer movimento muscular e/ou corporal, fornecido em decorrência da contração muscular, que resultará em gasto energético superior ao dos níveis de repouso. A AF reduz os efeitos deletérios do processo de envelhecimento,



Artigo

melhora as condições de saúde e de qualidade de vida, a independência e a autonomia dos indivíduos, bem como sua capacidade funcional (SÁ; CURY; RIBEIRO, 2016; RODRIGUES et al., 2015).

Pesquisa realizada com 420 idosos evidenciou que idosos que referiram quatro ou mais doenças crônicas, que autoavaliaram a saúde como ruim e que não praticavam atividade física apresentaram elevadas prevalências de incapacidade funcional (BRITO; MENEZES; OLINDA, 2016). Outros estudos têm evidenciado que, quanto maior a idade, menor o nível de atividade física, condição de risco para doenças crônicas não transmissíveis (PEGORARI et al., 2015; KRUG et al., 2011).

De modo geral, a população idosa brasileira tem se preocupado em manter uma vida mais saudável, ativa e independente. O incentivo à prática de atividades e/ou exercícios físicos têm sido elencado como objetivo de diferentes políticas públicas e programas na área da saúde (LOPES et al., 2016), com potencial para promover uma vida saudável e com qualidade, principalmente se elas forem realizadas de maneira sistemática (BINOTTO; TASSA, 2014). No entanto, são poucos os estudos que diferenciam a questão da atividade física por intensidade, conforme os níveis de AF, comparando-a com diferentes variáveis. Na direção de contribuir com essa lacuna epistemológica, este estudo buscou relacionar o nível de atividade física de idosos com as condições de saúde, qualidade do sono e de vida.

MÉTODO

Tipo de pesquisa

O presente estudo é de caráter quantitativo, transversal e populacional e foi realizado em um município catarinense, no período de junho a agosto de 2018. Participaram deste estudo idosos de ambos os sexos, residentes no ambiente urbano desse município.

O estado de Santa Catarina tem uma dinâmica que se reflete em índices elevados de crescimento, alfabetização, emprego e renda *per capita*, significativamente superiores às médias nacionais, garantindo uma melhor qualidade de vida para a população residente, mas com contrastes quanto ao desenvolvimento socioeconômico de seus municípios. A economia do município sede da pesquisa está ligada fortemente à agricultura, à agroindústria, à metalmeccânica e às pequenas empresas. O município possui



Artigo

cultura diversificada, com influências das colonizações italiana e alemã, mescladas às características locais. Muitos dos descendentes de colonizadores fixaram suas vidas no município e constituem a população jovem, a adulta e, principalmente, a idosa dessa cidade (SANTA CATARINA, 2018).

População/ Amostragem por conglomerados

Para cálculo amostral, considerou-se a população de 13.606 idosos residentes no município, de ambos os sexos, com 60 anos ou mais. A amostra do estudo é composta por 519 idosos, que representam 26,21% da população. Os critérios de inclusão utilizados foram possuir 60 anos ou mais, residir no ambiente urbano do município estudado e apresentar boa cognição conforme grau de escolaridade previsto no escore do teste Miniexame do Estado Mental (MEEM) (CRUM, 1993). Os critérios de exclusão foram verificação de idoso ausente em seu domicílio em duas visitas e ser idoso acamado ou cadeirante.

Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram o questionário adaptado de Morais (2007), para identificar dados pessoais e condições de saúde, com questões sobre quedas, doenças crônicas, medicação e dor crônica; em seguida, a escala visual numérica (EVN), para aferir a intensidade da dor no idoso (CIENA et al., 2008). A escala de Pittsburgh (PSQI), para avaliar a qualidade do sono (BERTOLAZI, 2008); o questionário IPAQ versão curta, para verificar o nível de prática de atividades físicas (NAF) dos idosos (BENEDETTI; MAZO; BARROS, 2004); o *Whoqol-Old*, questionário específico para avaliar a qualidade de vida em populações idosas (FLECK et al., 2000).

Procedimentos de coleta de dados

Para a aplicação dos instrumentos utilizados na coleta de dados, quinze estudantes foram previamente treinados – um doutorando, dois mestrados, um estudante do curso de graduação em Medicina e onze estudantes do curso de graduação em Fisioterapia –, todos integrantes do grupo de pesquisa em que o estudo estava alocado. A capacitação teve duração de 20 horas: cinco horas destinadas para estudo dos instrumentos; cinco para aplicação do teste-piloto com 15 idosos, para verificar a adequação dos instrumentos de



Artigo

coleta; cinco para efetuar a verificação dos resultados do teste-piloto e ajustes necessários para início da coleta dos dados oficiais do estudo; cinco para organizar toda a dinâmica da coleta de dados.

A coleta de dados foi organizada a partir do mapa censitário do município, no qual constam 38 setores. Foram sorteados aleatoriamente dez setores censitários; os mapas desses setores foram impressos para que os pesquisadores pudessem planejar a coleta a partir das ruas de cada bairro. A cada duas casas, a primeira foi sorteada. Quando o local sorteado era um prédio, todas as pessoas acima de 60 anos foram entrevistadas. Lotes e estabelecimentos comerciais foram excluídos e, quando sorteados, passou-se ao próximo domicílio – assim sucessivamente, em todas as ruas, até atingir a amostra.

A coleta foi realizada nos dez setores censitários sorteados. Cada coletor registrou as coletas realizadas no mapa que recebeu previamente. A equipe da pesquisa se encontrava toda sexta-feira para digitar o banco de dados e avaliar o andamento das coletas, verificar as ruas percorridas e planejar a semana seguinte. Quando, na casa sorteada, havia idoso residente mas ele não se encontrava no local no momento da visita, o idoso foi procurado em mais uma data, conforme disponibilidade sugerida pela pessoa que estava na residência.

Cada idoso localizado em seu domicílio foi informado sobre a finalidade da pesquisa, sua relevância, objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodos que poderia acarretar, bem como sobre a forma como seriam coletados os dados e utilizados posteriormente. Aqueles que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na sequência, foi aplicado o Miniexame de Estado Mental (MEEM), utilizado como um critério de inclusão, pois faz a triagem quanto à preservação do estado cognitivo dos idosos. Sua interpretação se deu pelo seguinte escore: 17 pontos para analfabetos ou com menos de quatro anos de escolaridade, 24 pontos para indivíduos com quatro anos ou mais de escolaridade (CRUM, 1993). Os idosos que atingiram esses pontos de corte continuaram na pesquisa, os demais foram excluídos por não apresentarem um bom desempenho cognitivo.

Depois, foi aplicado o questionário de dados gerais e condições de saúde de idosos – adaptado de Moraes (2007), instrumento composto pelas informações pessoais e perguntas referentes à presença de dor, quedas, enfermidades crônicas autorrelatadas e consumo de medicamentos. A idade foi caracterizada por faixa etária em 60-69, 70-79 e mais de 80 anos de idade.



Artigo

Em seguida, foi aplicada a Escala Visual Numérica (EVN), que auxilia na aferição da intensidade da dor no paciente, em escala que vai de zero a dez (CIENA et al., 2008). Para a avaliação da atividade física, foi aplicado o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) versão curta, que tem como objetivo estimar o gasto energético na realização da atividade física, seja ela de intensidade moderada ou vigorosa, mas sempre levando em consideração as tarefas diárias, de lazer, de trabalho, entre outras (BENEDETI; MAZO; BARROS, 2004). Barbosa *et al.* (2015) dizem que o IPAQ avalia diferentes aspectos como trabalho, tarefas domésticas, transporte e lazer, além de estimar o tempo para a realização dessas atividades, caracterizando o nível de atividade entre ativo e sedentário.

De acordo com o resultado obtido, o IPAQ foi dividido e classificado por níveis de atividade física, conforme categorias citadas por Matsudo *et al.* (2002):

- 1) Sedentário – sujeito que não realiza nenhuma atividade física habitual por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana;
- 2) Irregularmente ativo – sujeito que realiza atividade física porém não cumpre as recomendações quanto a frequência de atividades vigorosas (três dias na semana de pelo menos 20 minutos), ou não atinge ou atinge apenas um dos critérios da recomendação: frequência (cinco dias na semana) ou duração (150 minutos semanais) dos diferentes tipos de atividade física somados (caminhada + moderada + vigorosa);
- 3) Ativo e muito ativo – sujeito que realiza 150 minutos ou mais de atividade física, incluindo atividades físicas vigorosas e moderadas por cinco dias na semana ou mais.

Também foi aplicado o *Whoqol-Old*, questionário específico para avaliar a qualidade de vida em populações idosas (FLECK et al., 2000). Ele é composto por 24 questões, que variam a pontuação de um a cinco e produzem um escore geral para a qualidade de vida: quanto mais próximo de cinco, melhor o índice de qualidade de vida.

Na sequência, foi aplicada a escala de Pittsburgh (PSQI), desenvolvida com o objetivo de avaliar a qualidade do sono em relação ao mês mais recente. Esse questionário possui 19 questões, que são agrupadas em sete componentes com pesos distribuídos em uma escala de zero a três. As pontuações desses componentes são somadas para produzirem um escore global, que varia de zero a 21. Pontuações de zero a quatro indicam



Artigo

boa qualidade do sono, de cinco a dez indicam qualidade ruim e acima de dez indicam distúrbio do sono (BERTOLAZI, 2008).

Análise dos dados

Na análise dos dados, utilizou-se planilha Excel para armazenamento e posterior análise no *software* estatístico SPSS versão 20.0. Inicialmente, utilizou-se estatística descritiva, sendo que as variáveis quantitativas foram analisadas por medidas de tendência central e de dispersão (média e desvio padrão), e as qualitativas, por frequência relativa e absoluta. A normalidade dos dados das variáveis quantitativas (número de doenças crônicas, de medicamentos e de quedas, intensidade da dor, escore de qualidade do sono e de qualidade de vida de acordo com o nível de atividade física e por faixa etária) foi verificada por meio do teste Kolmogorov-Smirnov; como não apresentaram distribuição normal, a comparação das médias por nível de atividade física e por faixa etária foi analisada pelo teste *Kruskal Wallis*, seguido do teste *U de Mann-Whitney* para comparação entre os grupos. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$.

Aspectos éticos

O projeto que deu origem a este estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Instituição de Ensino Superior de origem, sob parecer 2.047.037. Este estudo assegurou o cumprimento dos princípios éticos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Dos 519 idosos participantes, 340 (65,5%) eram mulheres, 455 idosos (87,7%) relataram apresentar alguma doença crônica, 466 (89,8%) faziam uso de um ou mais medicamentos, 281 (54,1%) relataram dor nos últimos seis meses e 167 (32,2%) sofreram pelo menos uma queda nos últimos seis meses. A tabela 1 apresenta as características gerais dos idosos quanto às variáveis pesquisadas.



Artigo

Tabela 1 – Características gerais dos idosos com relação às condições de saúde, atividade física, qualidade de vida e qualidade do sono

Variáveis	Geral (n=519)
Idade (m ± dp)	74,3 (8,76)
Nº doenças crônicas autorrelatadas (m ± dp)	1,83 (1,25)
Nº de medicamentos autorrelatados (m ± dp)	2,93 (2,21)
Intensidade da dor – EVN (m ± dp)	3,07 (3,35)
Presença de quedas (n/%)	167 (32,2)
Quantidade de quedas (m ± dp)	0,64 (1,41)
Qualidade do sono (m ± dp)	5,70 (3,2)
Qualidade de vida (m ± dp)	3,91 (0,4)
Volume de atividade física (m ± dp)	198,54 (194,34)
Nível de atividade física (n/%)	Geral (n=519)
Sedentário (SED)	114 (22,0)
Irregularmente ativo (IA)	131 (25,2)
Ativo ou muito ativo (AMA)	274 (52,8)

Legenda: EVN – escala visual numérica da dor.

A tabela 2 apresenta a comparação das variáveis de acordo com o nível de atividade física dos idosos, e demonstra resultados estatisticamente significativos entre os grupos na maioria das variáveis pesquisadas. Quando realizada comparação, houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos AMA e SED e AMA e IA para as variáveis quantidade de doenças crônicas, número de medicamentos, qualidade do sono e qualidade de vida ($p < 0,05$). Este dado indica que os idosos ativos e muito ativos apresentaram melhores parâmetros de qualidade do sono e qualidade de vida, menor quantidade de doenças crônicas e menor consumo de medicamentos em comparação aos idosos sedentários e insuficientemente ativos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre idosos IA e SED ($p > 0,05$).



Artigo

Tabela 2 – Comparação das variáveis de acordo com o nível de atividade física dos idosos

Variáveis	SED (n=114)	IA (n=131)	AMA (n=274)	P (Kruskal Wallis)
Quantidade de DC	2,04 (1,26)	2,09 (1,41)	1,62 (1,12) ^{1,2}	0,001 [†]
Nº medicamentos	3,63 (2,56)	3,11 (2,12)	2,55 (2,00) ^{1,2}	0,0001 [†]
Quantidade de quedas	0,76 (1,52)	0,60 (0,99)	0,61 (1,53)	0,569
Intensidade da dor	3,43 (3,31)	3,37 (3,45)	2,78 (3,30)	0,062
Qualidade do sono	6,54 (3,32)	5,92 (3,03)	5,25 (3,17) ^{1,2}	0,001 [†]
Qualidade de vida	3,83 (0,38)	3,84 (0,34)	3,97 (0,43) ^{1,2}	0,0001 [†]

Legenda: SED: sedentários; IA: irregularmente ativos; AMA: ativos ou muito ativos; DC: doença crônica autorrelatada; [†]resultado estatisticamente significativo no *Kruskal Wallis test*; ¹*Post hoc U Mann-Whitney* em comparação com SED ($p<0,05$); ²*Post hoc U Mann-Whitney* em comparação com IA ($p<0,05$).

Quando comparadas as variáveis entre os idosos por nível de atividade e por faixa etária, houve resultados estatisticamente significativos entre os grupos (tabela 3). No grupo de idosos com 60-69 anos, houve diferença na intensidade da dor e qualidade de vida entre os idosos AMA e SED e AMA e IA ($p<0,05$). Na faixa etária 70-79 anos, houve diferença para a intensidade da dor entre os idosos AMA e SED ($p<0,05$), quantidade de doenças crônicas e qualidade de vida entre os idosos AMA e IA ($p<0,05$). Já na faixa etária 80-89 anos, houve diferença na quantidade de medicamentos, qualidade do sono e qualidade de vida entre os idosos AMA e SED ($p<0,05$) e qualidade de vida entre os idosos AMA e IA ($p<0,05$). Este dado indica que a prática de atividade física com frequência regular e intensidade igual ou superior a 150 minutos semanais produz efeitos positivos principalmente nos idosos longevos (80 anos ou mais). Não houve diferença estatisticamente significativa entre idosos IA e SED em nenhuma das variáveis pesquisadas ($p>0,05$).



Artigo

Tabela 3 – Comparação das variáveis de acordo com o nível de atividade física por faixa etária dos idosos

Faixa etária	Variáveis	SED (n=11)	IA (n=20)	AMA (n=145)	P
60-69 (n=176)	Quantidade de DC	1,82 (1,54)	2,05 (1,85)	1,54 (1,21)	0,621
	Nº medicamentos	1,91 (1,22)	2,85 (2,37)	2,31 (2,12)	0,599
	Quantidade de quedas	0,27 (0,47)	0,65 (1,18)	0,61 (1,30)	0,799
	Intensidade da dor	5,55 (3,42)	4,95 (3,63)	2,92 (3,43) ^{1,2}	0,004 [†]
	Qualidade do sono	6,64 (5,30)	5,80 (3,19)	5,46 (3,17)	0,786
	Qualidade de vida	3,83 (0,38)	3,73 (0,28)	3,95 (0,41) ^{1,2}	0,040 [†]
Faixa etária	Variáveis	SED (n=23)	IA (n=54)	AMA (n=86)	P
70-79 (n=163)	Quantidade de DC	2,17 (1,07)	2,20 (1,38)	1,69 (0,95) ²	0,046 [†]
	Nº medicamentos	3,48 (2,23)	3,31 (2,26)	2,80 (1,81)	0,288
	Quantidade de quedas	1,09 (1,78)	0,74 (1,12)	0,80 (2,10)	0,494
	Intensidade da dor	5,48 (3,40)	3,33 (3,53)	3,19 (3,36) ¹	0,015 [†]
	Qualidade do sono	5,83 (2,62)	6,09 (3,16)	5,09 (3,24)	0,083
	Qualidade de vida	3,70 (0,46)	3,81 (0,36)	3,96 (0,45) ²	0,014 [†]
Faixa etária	Variáveis	SED (n=80)	IA (n=57)	AMA (n=43)	P
80-89 (n=180)	Quantidade de DC	2,04 (1,29)	2,00 (1,27)	1,77 (1,09)	0,643
	Nº medicamentos	3,91 (2,70)	3,02 (1,90)	2,86 (1,92) ¹	0,049 [†]
	Quantidade de quedas	0,74 (1,53)	0,44 (0,76)	0,21 (0,51)	0,112
	Intensidade da dor	2,55 (2,89)	2,86 (3,19)	1,49 (2,33)	0,050
	Qualidade do sono	6,74 (3,18)	5,79 (2,88)	4,86 (3,03) ¹	0,006 [†]
	Qualidade de vida	3,87 (0,35)	3,90 (0,33)	4,08 (0,42) ^{1,2}	0,003 [†]

Legenda: SED: sedentários; IA: irregularmente ativos; AMA: ativos ou muito ativos; DC: doença crônica autorrelatada; *p*: resultado da estatística *Kruskal Wallis*; [†]resultado estatisticamente significativo no *Kruskal Wallis test*; ¹*Post hoc U Mann-Whitney* em comparação com SED ($p < 0,05$); ²*Post hoc U Mann-Whitney* em comparação com IA ($p < 0,05$).



Artigo

DISCUSSÃO

O principal achado deste estudo se traduz na evidência de que os idosos ativos e muito ativos apresentaram melhores parâmetros de qualidade do sono e qualidade de vida, menor quantidade de doenças crônicas e menor consumo de medicamentos em comparação aos idosos sedentários e insuficientemente ativos ($p < 0,05$). Tal relação é particularmente importante quando são considerados os idosos longevos.

Alterações na qualidade do sono, na qualidade de vida, maior número de quedas, presença de dor crônica, quadros de polimedicação e outras condições crônicas interferem negativamente na saúde dos idosos (FERRETTI et al., 2018a, 2018b, 2019; CAMPOS et al., 2014; BENTO et al., 2010). Estudo de Sawatzky *et al.* (2007) examinou a atividade física como um mediador de impacto de condições crônicas em idosos no Canadá. Os autores constataram que os idosos com condições crônicas são menos propensos a se envolver em atividades físicas com um gasto energético de pelo menos 1.000 Kcal por semana; esta associação explicava parcialmente algumas consequências negativas de condições crônicas, incluindo limitações de mobilidade, dor e problemas emocionais, que se intensificam com a maior idade.

Lopes *et al.* (2016) destacam que o avanço da idade pode vir acompanhado de maior número de condições crônicas, o que limita a prática de AF. Incentivar um estilo de vida saudável com práticas regulares de atividades físicas reduz o risco de desenvolvimento de enfermidades crônicas nessa população (VALÉRIO; RAMOS, 2013). Idosos com maior número de doenças crônicas podem apresentar uma forte dependência de medicamentos. Estudo recente mostrou que aqueles que possuem hipertensão, diabetes e hipercolesterolemia tomam em média 4,8 medicamentos por dia (HUNT, 2012). Quadros de polimedicação e iatrogenia têm sido referenciados na literatura como um fator que interfere negativamente na saúde do idoso (COSTA, OLIVEIRA E NOVAES, 2017). O maior nível de AF é fator que retarda ou reverte sintomas e processos oriundos de condições crônicas, podendo ainda melhorar a autoestima e promover o envelhecimento saudável e ativo, consequentemente diminuindo a necessidade de recurso à medicação (GOMES NETO; CASTRO, 2012).

Níveis mais altos de atividade física preveem uma melhor qualidade do sono, o que contribui para que o idoso mantenha um estilo fisicamente ativo (HOLFELD; RUTHIG, 2014). Adicionado a isso, Guedes *et al.* (2012) relatam que o maior nível de atividade física contribui para a melhor qualidade de vida dos idosos, independentemente de idade, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico. Revisão sistemática de



Artigo

Oliveira *et al.* (2010) evidencia que idosos mais ativos apresentaram maiores escores de qualidade de vida.

Revisão integrativa evidenciou que a prática de atividade física é capaz de melhorar a capacidade funcional, aspecto fundamental para garantir bons níveis de saúde para o idoso. Também enfatizou que a AF se constitui num recurso terapêutico viável para diminuir o declínio funcional e muscular que ocorre com o envelhecimento, no entanto reconheceu haver muitas dúvidas quanto à melhor forma de prescrever e de orientar a AF para a população idosa, que decorre da necessidade de profissional e de programas específicos, às vezes individualizados, para cada alteração de saúde ou condição crônica vivenciada nessa fase da vida (PONTE; CUNHA, 2013).

Neste estudo, para além do que já está posto na literatura, observa-se que o Grupo de idosos ativos e muito ativos, categoria em que se incluem as AF de moderadas a intensas, é o grupo que difere dos demais. A questão central é que há de se manter bons níveis de AF para o desempenho funcional, mas garantir também a realização do exercício físico, planejado e orientado por profissional da área, para que de fato tenhamos mudanças em parâmetros considerados crônicos.

A atividade física é caracterizada como qualquer movimento produzido pela musculatura esquelética que resulta em gasto energético. O exercício físico, subcategoria da AF, se diferencia por ser planejado, estruturado, sistematizado (repetitivo) e por, intencionalmente, objetivar a manutenção ou melhora de um ou mais componentes da aptidão física (CASPERSEN; POWELL; CHRISTENSON, 1985). O objetivo de melhorar as componentes da aptidão é fundamental na intervenção com idosos, uma vez que as perdas nos parâmetros da aptidão estão relacionadas com menor funcionalidade e autonomia, sendo que o exercício orientado pode retardar ou mesmo reverter tais perdas.

Estudo de Landmark (2012), realizado na Noruega com 10.249 idosos acima de 65 anos identificou que o aumento da frequência, duração e intensidade do exercício foi associado com menor dor crônica. Idosos que se exercitam pelo menos duas a três vezes por semana têm prevalência 27% menor de dor crônica comparativamente com os que não praticam exercícios físicos. Portanto, mesmo em quadros de enfermidades ou condições crônicas, o exercício físico é eficaz, se planejado de acordo com as especificidades de cada quadro clínico.

Diferentes estudos de revisão sistemática têm evidenciado que a prática da Atividade Física, como exercício físico, promove a prevenção e melhoria de diferentes condições crônicas do idoso: sintomas depressivos (TAVARES *et al.*, 2014; MORAES



Artigo

et al., 2007); demências e Alzheimer (TAVARES et al., 2014); hipertensão (NOGUEIRA et al., 2012); quedas (BENTO et al., 2010).

A prescrição do exercício físico deve ser adaptada aos idosos em função das diferentes condições crônicas que cada um possui. Para isso, torna-se essencial o acompanhamento por profissionais das áreas da fisioterapia ou educação física, no sentido de estabelecer metas ajustadas, oferecer apoio regular e motivação para a continuidade da prática da atividade, bem como para orientar e acompanhar a execução correta do programa estabelecido (RODJER; JONSDOTTIR; BORJESSON, 2016).

No grupo de longevos (80-89 anos), houve diferença entre a quantidade de doenças crônicas, número de medicamentos, qualidade do sono e qualidade de vida entre os idosos AMA e SED ($p < 0,05$) e qualidade de vida entre os idosos AMA e IA ($p < 0,05$). Este dado indica que a prática de atividade física com frequência regular e intensidade igual ou superior a 150 minutos semanais produz efeitos positivos nesse grupo populacional. Os nossos resultados evidenciam a importância da inclusão da prática da atividade física supervisionada como medida de saúde pública, ajustada às necessidades de uma população mais envelhecida, para a qual a complexidade dos problemas de saúde pode ser minimizada através de estratégias preventivas que privilegiem cuidados continuados, numa perspectiva de integração e proximidade.

Quanto à ocorrência de doenças crônicas, Oliveira, Kronbauer e Binotto (2012) afirmam que idosos com mais de 70 anos, em sua grande maioria, possuem ao menos uma doença, e esse número aumenta com a idade, portanto idosos longevos convivem com mais condições crônicas que as outras faixas etárias (VIRTUOSO et al., 2015). Nessa direção, quanto mais ativo estiver incluindo exercícios físicos de maior intensidade, mais propenso estará de manter bons níveis de independência e capacidade funcional, melhorando sua condição de saúde.

Estudo de Gopinath *et al.* (2018) mostrou que níveis elevados de atividade física aumentam a probabilidade de sobreviver por mais dez anos sem doenças crônicas, comprometimento cognitivo e incapacidade funcional. Ressalta-se, aqui, a importância de se investir em ações de saúde pública para promover a participação dos idosos em programas de exercício físico controlado e acompanhado por profissionais da área. Adotar um estilo de vida com hábitos saudáveis, que preconizem o cuidado com a alimentação, a prática de exercício físico, o controle do estresse, cuidados preventivos e relacionamentos sociais, contribui para uma longevidade com qualidade (SOUZA *et al.*, 2016).



Artigo

Nosso estudo reforça o que a literatura tem referenciado: é fundamental construir estratégias para manter o idoso ativo, independentemente da idade e do tipo de AF; mas destaca a necessidade de se garantir, entre os tipos de AF, o exercício físico de intensidade moderada, já que este constituiu-se numa estratégia de cuidado não medicamentosa, eficaz e de baixo custo que pode evitar e minimizar diferentes condições crônicas para o idoso e contribuir para que a longevidade seja vivida com mais independência, autonomia e qualidade.

CONCLUSÃO

Pode-se concluir que idosos fisicamente ativos e que praticam atividades \geq a 150 minutos por semana, com frequência de, pelo menos, cinco dias na semana, possuem melhores parâmetros de condições de saúde, qualidade do sono e qualidade de vida; e este aspecto se manteve inclusive nos idosos longevos. Os resultados desse estudo apontam para a necessidade de se potencializar a prática da atividade física de moderada a intensa, já que esta prática se configura numa intervenção não medicamentosa e de baixo custo, que tem por finalidade garantir bons níveis de saúde.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, A. P. et al. Nível de atividade física e qualidade de vida: um estudo comparativo entre idosos dos espaços rural e urbano. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 743-754, 2015.

BENEDETTI, T. B.; MAZO, G. Z.; BARROS, M. V. G. Aplicação do Questionário Internacional de Atividades Físicas para avaliação do nível de atividades físicas de mulheres idosas: validade concorrente e reprodutibilidade teste-reteste. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Taguatinga, v. 12, n. 01, p. 25-34, 2004.

BENTO, P. C. B. et al. Exercícios físicos e redução de quedas em idosos: uma revisão sistemática. **Rev. Bras. Cineantropom. Desempenho Hum.**, Florianópolis, v. 12, n. 6, p. 471-479, dez. 2010.



Artigo

BERTOLAZI, A. N. **Tradução, adaptação cultural e validação de dois instrumentos de avaliação do sono**: Escala de Sonolência de Epworth e Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh. 25/04/2008. 93 f. Dissertação (Mestrado em medicina: ciências médicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

BINOTTO, M. A.; TASSA, K. Atividade física em idosos: uma revisão sistemática baseada no International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 249-264, 2014.

BRITO, K. Q. D.; MENEZES, T. N. de; OLINDA, R. A. de. Functional disability: health conditions and physical activity practice in older adults. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 825-832, Oct. 2016.

CAMPOS, A. C. V. et al. Qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física no contexto da estratégia saúde da família. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 889-897, 2014.

CASPERSEN, C.; POWELL, K.; CHRISTENSON, G. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports**, Canadá, v. 100, n. 2, p. 126-131, 1985.

CIENA, A. P. et al. Influência da intensidade da dor sobre as respostas nas escalas unidimensionais de mensuração da dor em uma população de idosos e de adultos jovens. **Semina: Ciências Biológica e da Saúde**, Londrina, v. 29, n. 2, p. 201-212, 2008.

COSTA, G. M. da; OLIVEIRA, M. L. C. de; NOVAES, M. R. C. G. Fatores associados à polifarmacoterapia entre idosos assistidos pela estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 525-533, 2017.

CRUM, R. M. et al. Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational level. **Journal of the American Medical Association**, Estados Unidos, v. 269, n. 18, p. 2386-2391, 1993.



Artigo

FERRETTI, F. et al. Qualidade de vida de idosos com e sem dor crônica. **Revista Dor Pesquisa, Clínica e Terapêutica**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 111-115, abr-jun. 2018b.

FERRETTI, F. et al. Qualidade do sono em idosos com e sem dor crônica. **Revista Dor Pesquisa, Clínica e Terapêutica**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 141-146, abr-jun. 2018a.

FERRETTI, F. et al. Dor crônica em idosos, fatores associados e relação com o nível e volume de atividade física. **Revista Dor Pesquisa, Clínica e Terapêutica**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 3-7, jan-mar. 2019.

FLECK, M. P. de A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-BREF). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000.

FREIRE, R. S. L. et al. Prática regular de atividade física: estudo de base populacional no norte de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 345-349, 2014.

GOMES NETO, M.; CASTRO, M. F. de. Estudo comparativo da independência funcional e qualidade de vida entre idosos ativos e sedentários. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 234-237, 2012 .

GOPINATH, B. et al. Physical Activity as a Determinant of Successful Aging over Ten Years. **Scientific Reports**. Reino Unido, v. 8, p. 1-5, 2018.

GUEDES, D. P. et al. Quality of life and physical activity in a sample of Brazilian older adults. **Caderno de saúde pública**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 212-26, Mar. 2012.

HOLFELD, B.; RUTHIG, J. C. A longitudinal Examination of Sleep Quality and Physical Activity in Older Adults. **Journal of Applied Gerontology**. Califórnia, v. 33, n. 7, p. 791-807, Oct. 2014.

HUNT, L.M. The changing face of chronic illness management in primary care: a qualitative study of underlying influences and unintended outcomes. **Annals of Family Medicine**. Cleveland, v.10. n. 5, p. 452-60, 2012.



Artigo

KRUG, R. R. et al. Idosos praticantes de atividades físicas: relação entre gênero e idade. **Revista Biomotriz**. Cruz Alta, v. 5, n. 1, p. 01-16, 2011.

LANDMARK, T. et al. Associations between recreational exercise and chronic pain in the general population: evidence from the HUNT 3 study. **PAIN**, São Paulo, v. 152, n. 10, p. 2241-2247, 2012.

LOPES, M. A. et al. Barreiras que influenciaram a não adoção de atividade física por longevas. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 76-83, 2016.

MATSUDO, S. M. et al. Nível de atividade física da população do Estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível socioeconômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 41-50, out. 2002.

MORAES, H. et al. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 70-79, abr. 2007.

MORAIS, E. P. **Envelhecimento no meio rural**: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul – RS. 21/09/2007. 2013 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) –Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2007.

NOGUEIRA, I. C. et al. Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 587-601, set. 2012.

OLIVEIRA, A. C. de, et al. Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física - uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 301-312, ago. 2010.

OLIVEIRA, I.A.; KRONBAUER, G.A.; BINOTTO, M. A. Doenças e nível de atividade física em idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v.9, n. 2, p. 263-273, 2012.



Artigo

PEGORARI, M. S. et al. Prática de atividade física no lazer entre idosos de área rural: condições de saúde e qualidade de vida. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 233-241, 2015.

PONTE, M. K. C.; CUNHA, F. M. A. M. Nível de Atividade Física na população idosa e seus benefícios: uma revisão integrativa. **SANARE**, Sobral, v. 12, n. 1, p. 71-77, jan./jun. 2013.

POWERS, S. K.; HOWLEY, E. T. **Fisiologia do Exercício**: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho. 8. ed. Barueri, SP: Manole, 2014.

RODJER, L.; JONSDOTTIR, I. H.; BORJESSON, M. Physical activity on prescription (PAP): self-reported physical activity and quality of life in a Swedish primary care population, 2-year follow-up. **Scandinavian Journal of Primary Health Care**, Finlândia, v. 34, n. 4, p. 443-452, 2016.

RODRIGUES, W. K. M. et al. O. Atividade física e incapacidade funcional em idosos da zona rural de um município do nordeste do Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1, p. 126-132, 2015.

SÁ, P. H. V. O.; CURY, G. C.; RIBEIRO, L. C. C. Atividade física de idosos e a promoção da saúde nas unidades básicas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 545-558, 2016.

SANTA CATARINA. **Conheça SC**. Florianópolis, SC. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/cgi/tabcgi.exe?Ind_DM_Idosos/DM_a14_graf.DEF>. Acesso em: nov. 2016.

SAWATZKY, R. et al. Physical activity as a mediator of the impact of chronic conditions on quality of life in older adults. **Health Qual Life Outcomes**, Reino Unido, v. 5, n. 68, p. 1-11, 2007.

SOUZA, I. L. et al. Nível de inatividade física em diferentes domínios e fatores associados em adultos: Inquérito de Saúde no Município de Campinas (ISACamp,



Temas em Saúde

Volume 19, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

2008/2009), São Paulo, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 623-634, 2014.

SOUZA, M. A. H. et al. Profile of lifestyle of older elderly persons. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 819-826, 2016.

TAVARES, B. B. et al. Impact of physical exercise on quality of life of older adults with depression or Alzheimer's disease: a systematic review. **Trends Psychiatry Psychother**, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 134-139, Sept. 2014.

VALÉRIO, M. P.; RAMOS, L. R. Promoção de atividade física à população idosa: revisando possibilidades. **Revista Didática Sistêmica**, Rio Grande, v. 15, n. 2, p. 155-173, 2013.

VERAS R. A urgente e imperiosa modificacao no cuidado a saúde da pessoa idosa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 5-6, 2015.

VIRTUOSO, J. F. et al. Fatores associados à longevidade em idosos praticantes de exercícios físicos: um estudo descritivo. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**. Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 235-248, 2015.



RELAÇÃO DO NÍVEL DA ATIVIDADE FÍSICA DE IDOSOS COM CONDIÇÕES DE SAÚDE, QUALIDADE DE VIDA E DO SONO

Páginas 434 a 453

Artigo

SEGURANÇA DO PACIENTE: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS DA CLÍNICA MÉDICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO

PATIENT SAFETY: KNOWLEDGE AND PRACTICES OF NURSES OF THE MEDICAL CLINIC IN A PUBLIC HOSPITAL

Samira Alves Braga¹

Francisco Andesson Bezerra da Silva²

Karla Kette Dias do Nascimento³

Apoliana Ferreira de Araújo⁴

Alexsandra Layani Faustino de Andrade⁵

Mauricelia Moreira de Abrantes Cartaxo⁶

RESUMO - Objetivo: O estudo buscou analisar os conhecimentos e práticas dos enfermeiros sobre segurança do paciente na Clínica Médica de um hospital público. **Método:** Foi realizado um estudo exploratório/descritivo de abordagem quantitativo-qualitativa para contemplar os objetivos realizados no Hospital Regional de Cajazeiras. A pesquisa teve a participação de 21 enfermeiros que atuam na Clínica Médica e atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa. O projeto foi aprovado no CEP com parecer de número 1.992.887. **Resultados:** Os profissionais dispõem do conhecimento acerca da Segurança do Paciente e desenvolvem ações pertinentes apesar dos saberes e das práticas considerou-se que existem dificuldades que vão além da capacidade profissional. **Considerações Finais:** Ao concluir a pesquisa, notou-se que a segurança do

¹Enfermeira, especializanda em Gestão Pública e Saúde Coletiva, e-mail: saamira.braga@hotmail.com.

²Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos, SP, especialista em Gestão das Políticas em DST/aids, Hepatites Virais e Tuberculose pela UFRN, Natal, RN, Gerente Regional de Saúde da 10ª Gerencia Regional de Saúde, e-mail: andessonbr@hotmail.com.

³Enfermeira, especialista em Urgência e Emergência, Coordenadora do Posto de Coleta de Leite Humano, no Hospital Regional de Sousa, e-mail: karlakette@hotmail.com.

⁴Auditora e Diretora do Hospital Regional de Sousa, e-mail: poly_fsm@hotmail.com.

⁵Enfermeira, especialista em Saúde Coletiva pela FSM, e-mail: lalinhaenf@hotmail.com.

⁶Enfermeira, Pós-graduanda em Saúde Mental pela Faculdade GILGAL de Sousa, PB. Brasil. E-mail: mauriceliame@hotmail.com.



Artigo

paciente não se constitui numa simples técnica, e sim que é praticada a partir do conhecimento da temática e de equipamentos de qualidade, e que vários desafios podem ser apontados na implementação dessas ações no serviço pesquisado.

Palavras-chave: Conhecimento; Clínica Médica; Enfermagem; Prática; Segurança do Paciente.

ABSTRACT - Objective The study sought to analyze the knowledge and practices of nurses on patient safety in the Medical Clinic of a public hospital. **Method:** An exploratory / descriptive study of a quantitative-qualitative approach was carried out to contemplate the objectives accomplished at the Regional Hospital of Cajazeiras. The research had the participation of 21 nurses who work in the Medical Clinic and met the inclusion criteria of the research. The project was approved in CEP with opinion number 1,992,887. **Results:** The professionals have knowledge about Patient Safety and develop pertinent actions despite the knowledge and practices it was considered that there are difficulties that go beyond the professional capacity. **Final Considerations:** At the conclusion of the research, it was noted that patient safety is not a simple technique, but rather that it is practiced from the knowledge of the thematic and quality equipment, and that several challenges can be pointed out in the implementation of these actions in the service searched.

Keywords: Knowledge; Medical clinic; Nursing; Practice; Patient safety.

INTRODUÇÃO

A temática segurança do paciente já vem sendo discutido há anos e vem adquirindo, em todo o mundo, uma importância cada vez maior para o paciente, suas famílias/acompanhantes, profissionais e gestores de saúde no sentido de oferecer uma assistência segura garantindo qualidade em todo o processo de trabalho. Estima-se que em países subdesenvolvidos em pelo menos um em cada dez pacientes que recebem cuidados assistenciais hospitalares passa por danos ou lesões decorrido dos mesmos, denominados eventos adversos. Em consequência desses eventos, tem-se óbitos e altos custos para as famílias e o sistema de saúde⁽¹⁾. Gerando sequelas negativas para todos os



Artigo

envolvidos no processo de cuidar, deixando a segurança do paciente em conflito.

O cuidado seguro em saúde tem como característica principal estratégias promoção, prevenção, cura e reabilitação de doenças e agravos relacionados à saúde. Com isso, os servidores de saúde esforçam-se para proporcionar uma melhor assistência para os pacientes, no entanto, esta conduta não impede a ocorrência de falhas e acidentes durante a assistência prestada a cada usuário, as complicações de saúde e até a morte são imprevisíveis, necessitando assim que os órgãos de saúde e principalmente os profissionais de saúde incorporem uma cultura de segurança⁽²⁾.

Todo este cultivo com o paciente deve estar presente nos hospitais e consequentemente com aqueles que se encontram na clínica médica em estado crítico ou semicrítico. Pois este é um setor que tem como característica estabilizar e promover a recuperação dos pacientes, garantindo melhora no seu estado de saúde mental, física e emocional. Logo, a enfermagem precisa exercer uma assistência de qualidade, lembrando que existe uma alta rotatividade entre os profissionais, pacientes e acompanhantes, e isso predis põem aos acontecimentos de riscos e ED.

Diante disso recentemente foi estabelecido o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria nº 529 de 01 de abril de 2013, com o objetivo de colaborar para a melhoria e qualificação do cuidado, nessa perspectiva, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária⁽³⁾ de nº 36 de 25 de julho de 2013, vem para dar mais intensidade ao PNSP, criando ações obrigatórias para a promoção da segurança e melhoria da qualidade para o paciente, com a criação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP), elaboração do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde (PSP) e a vigilância, o monitoramento com efeito de notificar eventos adversos⁽⁴⁾.

Os NSP são órgãos que promovem e apoiam a implementação de ações voltadas à segurança do paciente dentro dos serviços de saúde, através da elaboração do PSP apontando a probabilidade de uma ocorrência e descrevendo as estratégias e ações a serem definidas pela a gestão de risco, visando à prevenção e a intervenção de incidentes, desde a admissão até a transferência, a alta ou o óbito do paciente no serviço de saúde⁽⁴⁾.

A segurança do paciente considera várias perspectivas, cabe destacar que o hospital é um serviço que tem incorporado de modo geral com o objetivo de oferecer assistência de qualidade, amenizar os custos e garantir a satisfação dos usuários, onde podemos encontrar **todos os tipos de riscos existentes**, como físicos, químicos, biológicos e de acidentes.

Nessa perspectiva emergiram os seguintes questionamentos: Quais são os



Artigo

conhecimentos dos enfermeiros da Clínica Médica em um hospital público acerca da segurança do paciente? Quais os saberes dos enfermeiros da Clínica Médica sobre segurança do paciente em um hospital público? Quais as práticas voltadas à segurança do paciente realizada por enfermeiros da Clínica Médica em um hospital público?

Com isso, a pesquisa justifica-se em virtude do interesse e curiosidade da aluna e orientadora pela temática, a necessidade de realização de estudos sobre segurança do paciente, tanto na instituição de ensino como no campo de estágio. O resultado foi de extrema importância para contribuir na Política de Segurança do Paciente nos Núcleos de Segurança do Paciente nas organizações hospitalares da Paraíba.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratória e descritiva com abordagem quantitativa e qualitativa, para contemplar assim os objetivos propostos.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Cajazeiras, a cidade localiza-se no Alto Sertão paraibano, no extremo Oeste do estado, com uma população estimada de 61.816 habitantes, sendo considerada a sexta maior cidade da Paraíba⁽⁵⁾.

O estudo foi realizado no Hospital Regional de Cajazeiras (HRC), localizada na Rua Tabelaio Antônio Holanda, Centro S/N no município de Cajazeiras, o HRC possui porte médio, com 131 leitos, disponibilizando atendimento em clínica médica, clínica cirúrgica, centro cirúrgico, UTI obstetrícia e Urgência e Emergência, sendo assim referência de atendimento médico hospitalar para a população Cajazeirense e para mais 14 municípios circunvizinhos, os quais são: Cajazeiras, São José de Piranhas, Carrapateira, Poço Dantas, Bernardino Batista, Uiraúna, São João do Rio do Peixe, Joca Claudino, Poço de José de Moura, Triunfo, Santa Helena, Cachoeira dos Índios, Monte Horebe, Bonito de Santa Fé e Bom Jesus, além de funcionar como campo de estágio para vários cursos da área da Saúde.

Atualmente a clínica da instituição é constituída por 82 leitos sendo dividida em: 40 leitos são da clínica médica, separada por sexo, 20 leitos para clínica médica masculina (Posto A) e os outros 20 leitos para a clínica médica feminina (Posto B) continuando a distribuição, 40 leitos são destinada a clínica cirúrgica onde 20 leitos são para a clínica cirúrgica masculina (Posto D) e 20 leitos para clínica cirúrgica feminina (Posto C), a instituição ainda oferece 2 isolamentos.

A população desse proposto estudo foi constituída por enfermeiros que atuam na



Artigo

clínica médica do Hospital Regional de Cajazeiras, totalizando 27 profissionais enfermeiros.

A amostra foi constituída por 21 enfermeiros, que se enquadraram nos seguintes critérios ter no mínimo um ano de experiência no serviço.

O instrumento que foi utilizado para coletar os dados foi um questionário semiestruturado organizado por uma serie ordenada de perguntas, contendo questões de caracterização dos profissionais e questões específica acerca sobre o tema segurança do paciente.

A coleta de dados aconteceu conforme cronograma previsto. E para sua execução foi encaminhado um ofício da coordenação do curso de Enfermagem da Faculdade Santa Maria (FSM), ao Núcleo de Educação Permanente (NEP) do HRC, explicando os objetivos do estudo como também pedindo a solicitação da autorização para a sua execução através do Termo de Anuência, deferido o pedido e de posse do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FSM autorizando a pesquisa, os dados foram coletados no HRC.

Antes da aplicação do instrumento de coleta os profissionais foram informados sobre os objetivos do proposto estudo e foi apresentado aos mesmos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a aceitação em participar da pesquisa, mediante assinatura do TCLE, a mesma foi realizada. A busca dos dados foi seguida de acordo com a escala de plantão dos enfermeiros da Clínica Médica observando seus respectivos dias, a pesquisa foi aplicada no próprio local e horário de trabalho do profissional de acordo com sua disponibilidade, respeitando as possíveis ocorrências.

A interpretação e análise dos dados obedeceram a um procedimento de análises dos conteúdos qualitativos, conforme a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Na formação da pesquisa foram considerados os requisitos apresentados pela Resolução 466/2012, que trata de pesquisa e testes em seres humanos. Dentre as exigências da resolução, está a obrigatoriedade de que os participantes, ou representantes deles, sejam esclarecidos sobre os procedimentos adotados durante toda a pesquisa e sobre possíveis riscos e benefícios ⁽⁶⁾.

Portanto, a pesquisa seguiu as exigências da resolução, onde foram apresentados e esclarecidos os procedimentos que foram seguidos durante a pesquisa, respeitando a ética e visando proteger os direitos e deveres dos integrantes da pesquisa. Procurando esclarecer ao máximo que a participação foi de livre e espontânea vontade, podendo desistir caso necessite, e caso precise, o acesso ao conteúdo da pesquisa será fornecido, ressaltando que os mesmos assinaram o TCLE. O estudo foi direcionado ao Comitê de



Artigo

Ética em Pesquisa da FSM e teve aprovação através do parecer número 1.992.887.

RESULTADOS

A amostra apresenta perfil jovem, de 27 a 45 anos, 19% (04) dos enfermeiros encontram-se na faixa etária entre 25 – 30 anos de idade, 43% (09) dos enfermeiros encontram-se na faixa etária entre 31 – 36 anos, 33% (07) dos enfermeiros encontram-se na faixa etária de 37 – 41 anos e 5% (01) dos enfermeiros encontram-se na faixa etária de mais de 40 anos. No que diz respeito ao gênero, houve uma predominância do sexo feminino 81% (17), ratificando que a profissão ainda é exercida em grande parcela por mulheres.

Podemos afirmar que o gênero feminino prevalece na enfermagem, e retomando assim aos aspectos sócio-históricos, onde a profissão nasce a partir da coexistência de cuidados domésticos, as crianças, aos velhos e aos doentes, acoplados á imagem da mulher-mãe-cuidadora, e desde sempre dona de um saber informal a prática da saúde. É a condenação desses saberes, especialmente para a questão religiosa, da sexualidade, da reprodução e do controle social que impõe questionamentos a sua autenticidade e mudanças no seu livre exercício, criando uma construção de papéis direcionados para a escolha de uma profissão, onde acaba influenciando desde a infância, escolhendo então uma carreira condizente com sua condição feminina, onde as mulheres eram experientes, mas com pouco preparo teórico que fundamentasse seu trabalho profissional.

Vê-se, portanto, que o lugar que a mulher passou a ocupar na sociedade é marcado por avanços e retrocessos, assim, dando avanço nas reflexões, sabe-se que a enfermagem e as enfermeiras não são mulheres na sua maioria por acaso. Tanto quanto a situação feminina, em sentido amplo, a enfermagem, as enfermeiras e os enfermeiros são produtos de uma construção complexa e dinâmica da definição de “ser” da enfermagem e das relações entre os sexos.

No que diz a respeito de dados que aponta o tempo de formação, experiência na instituição, atuação e especialização dos profissionais de enfermagem na área de segurança do paciente.

No que tange o tempo de formação 28% (06) são graduados entre 1 a 5 anos, 48% (10) são graduados de 6 a 10 anos e 24% (5) são graduados a mais de 10 anos. Em relação ao tempo de trabalho na instituição, 33% (07) trabalhavam na instituição de 1 a 5 anos, 62% (13) trabalham na instituição de 6 a 10 anos e 5% (1) trabalham a mais de 10 anos,



Artigo

ainda nesta classificação, vale destacar que 52% (11) iniciaram a atuação na clínica médica de 1 a 5 anos, 43% (09) iniciaram a atuação na clínica médica de 6 a 10 anos e 5% (01) iniciaram a atuação a mais de 10 anos. Nenhum dos participantes tem formação na área de Segurança do Paciente. Cabe destacar que se trata de uma nova área de Especialização, ainda com pouca oferta estruturada.

A maioria dos participantes 48% tem entre 6 – 10 anos de formação, porém mesmo com idade significativa não houve a preocupação em se qualificar.

DISCUSSÃO

Para uma melhor discussão dos dados buscou-se resgatar primeiramente conceitos sobre Segurança do Paciente a partir de então a visão dos enfermeiros, seguidas de suas vivências, dificuldades e sugestões na busca de estratégias para um ambiente seguro na tríade profissional/paciente/órgão. Para facilitar a discussão os resultados foram expostos a partir da formulação de Categorias e subcategorias em quadros. Por motivos éticos e para preservar a identidade dos participantes da pesquisa, optou-se por criar uma classificação numérica antecedida da letra P, ou seja, as identificações *P1, P2, P3, P4, P5, P6, P8, P10, ... P20 e P21* referem-se ao conjunto de nossa amostra.

Embora seja uma temática considerada recente, a análise da compreensão e conhecimentos sobre Segurança do Paciente exibidos pelos enfermeiros participantes da pesquisa, tornar-se visível que eles contêm o conhecimento acerca do assunto. Tal resultado está representado por uma categoria e uma subcategoria, as quais estão expostas e discutidas com base na literatura pertinente.

No que diz respeito a categoria e subcategoria relacionadas à compreensão e conhecimentos sobre Segurança do Paciente dos enfermeiros da Clínica Médica a partir dos relatos dos enfermeiros sobre a temática, possibilitou a construção das subcategorias: Proteção e prevenção, Dimensão de qualidade, Identificação do paciente.

Sabe-se que o conhecimento é essencial para uma assistência segura, e a enfermagem junto a suas ações com o usuário devem estar interligadas para que erros, incidentes, complicações graves ou não, sejam evitados. Deste modo, com o intuito de evidenciar a compreensão e conhecimentos dos enfermeiros sobre a temática exposta, despertou-se o interesse na pesquisa junto a estes profissionais, fatos estes, revelados a partir dos relatos:



Artigo

Oferecer medidas de prevenção e Proteção [...] e Segurança ao paciente (P1, P3, P5, P14, P15, P17, P21) [...] É uma dimensão de qualidade (P6, P8, P12) [...] Identificação do paciente (P1, P10, P11, P16).

A identificação do paciente consiste em um processo que objetiva garantir a adequada identificação do mesmo, principalmente nos procedimentos ou tratamentos⁽⁷⁾. Estudo comprova que a identificação inadequada, consiste em importante causa inicial para erros e eventos adversos durante uma assistência. A correta forma de identificação do paciente serve como um filtro para a prevenção de erros na atenção à saúde, principalmente para a correta realização de procedimentos e tratamentos no paciente certo. Assim, a recomendação da identificação correta do paciente passou a ser tomada como uma das metas para o alcance da segurança do paciente a nível mundial.

No entanto a segurança do paciente se torna cada dia mais atual no cenário do sistema de saúde mundial e tornou-se premente a busca por métodos efetivos e eficientes que proporcionem uma melhor qualidade na segurança dos serviços oferecidos. Tendo em consideração os critérios dos conceitos apresentados à cima, e ressaltando o saber dos enfermeiros participantes da pesquisa é interessante expor algumas respostas na íntegra, respeitando assim, a essência do discurso:

“É um conceito que abrange novas rotinas, técnicas e procedimentos com vista a promover a segurança do usuário com a finalidade de minimizar riscos para cada um dos profissionais e da instituição” (p 2, 2017).

“Segurança do paciente compreende em contexto amplo, onde se devem trabalhar medidas de preventivas, bem com ações que elimine os possíveis riscos” (p 5, 2017).

“É a mais importante dimensão da qualidade na assistência a saúde, e que é a única maneira que temos de evitar mortes desnecessárias” (p 6, 2017).

Pode-se enxergar que a compreensão do o que é segurança do paciente é de extrema importância, no mesmo tempo que, o profissional da enfermagem constrói e visibiliza a ideia do cuidado dentro dos procedimentos, compromisso e atitudes favoráveis ao bem estar do paciente, buscando sempre por medidas preventivas para redução do surgimento de eventos dispensáveis ao órgão de saúde, onde é importante ressaltar que o profissional de enfermagem é de extrema importância no processo do



Artigo

cuidar, uma vez que é uma profissão que é responsável por uma gama de atividades que são respondidas no que emergem suas práticas, com a responsabilidade de garantir todo ato que é visível e ou invisível ao cuidado.

Quanto às práticas relacionadas à Segurança do Paciente, e como elas podem ser trabalhadas no ambiente de clínica médica pelos enfermeiros da pesquisa, surgiram relatos e a partir das falas dos mesmos, mostrou-se que em diversos atos eles tentam desenvolver a segurança do paciente no âmbito de trabalho.

Todas as iniciativas faz com que a segurança do paciente se torne prioridade, portanto, para a construção da categoria Práticas dos enfermeiros e segurança do paciente na Clínica Médica, partimos das subcategorias que nos foram apresentadas pelos enfermeiros da pesquisa: Identificação dos pacientes; Orientações adequadas para equipe de profissionais; Segurança nos medicamentos; Higienização das mãos. Foi elaborado a partir dos relatos:

“Placas de Identificação dos pacientes [...] Higienização das mãos (P1, P3, P5, P9, P10, P11, P16) Orientações adequadas para equipe de profissionais[...] Segurança nos medicamentos (P1, P2, P3, P5, P9, P10, P11, P12, P16).

A prática de identificação do paciente é essencial para garantir a segurança do paciente em qualquer ambiente hospitalar, onde, os erros de identificação podem acarretar sérias consequências para o paciente, os envolvidos no cuidar e ao órgão.

Por tanto, a identificação deve ser realizada por meio de algum dispositivo que melhor se quadre no órgão de saúde. Para isto, faz-se necessário uma devida padronização, com a finalidade de facilitar e assegurar a identificação correta do usuário seja ela no leito, nos prontuários, nos procedimentos, nos rótulos de medicamentos, na realização de cuidados e nas solicitações de exames, tudo isso com a participação ativa do paciente e dos acompanhantes.

No que se refere as subcategorias à descrição de um enfermeiro resume essas ações, como segue:

“Identificação do paciente, higienização das mãos, atenção na manipulação de sondas, administração de medicações e infusão de hemoconcentrados, passagem de plantão eficiente a fim de garantir a contribuição da assistência de enfermagem” (P16,2017).



Artigo

Diante o exposto, podemos afirmar que para realizar qualquer procedimento de saúde é preciso que o profissional esteja seguro e tenha domínio da teoria, da técnica e da prática, como também principalmente aquelas que dizem respeito à condução de medicamentos. A participação multiprofissional integrada em atividades de gerenciamento de risco desenvolvidas no órgão de saúde é uma importante estratégia para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos.

Não se pode idealizar a assistência de enfermagem, sem pensar em cuidar do paciente de maneira segura e limpa, com isso vale ressaltar que a higienização das mãos é uma ação simples, rápida e fácil de ser realizada. Além disso, é uma medida individual, primária e indispensável para a prevenção e controle de Infecções e assim uma duração maior no processo de internação hospitalar, logo, se faz de extrema importância que as mãos dos profissionais de saúde, em especial da equipe de enfermagem, sejam devidamente higienizadas, por serem esses profissionais que mantem o contato direto e frequente com o paciente.

Nessa perspectiva, destaca-se que o enfermeiro deve orientar e monitorar as práticas não só de higiene das mãos, mas também em quaisquer assuntos que seja da equipe de saúde, dos pacientes e também dos familiares, mas se o seu conhecimento for limitado, o procedimento tende a ser ignorado e/ou equivocado por todos.

No que se refere à categoria Práticas dos enfermeiros e segurança do paciente na Clínica Médica à descrição de um enfermeiro resume essas ações, como, segue: *“Conscientizar a equipe de enfermagem, o uso de epi’s, discussão da situação e coordenação”* (P21 2017).

Todas as atividades profissionais que possam causar algum tipo de risco físico para o trabalhador devem ser cumpridas com o auxílio de **EPI’s**, com o profissional de enfermagem não poderia ser diferente, deve se proteger sempre que tiver contato com o material biológico, incluindo também durante assistência cotidiana aos pacientes, independente de chegar a conhecer ou não o seu diagnóstico. Embora os EPI’s, seja um excelente dispositivo de proteção, ainda existem profissionais que se fazem resistentes a sua utilização, seja pela pressa, falta de tempo, esquecimento ou até mesmo por acreditar que nada de grave possa acontecer. A sua utilização é uma ferramenta de extrema importância e relevância em qualquer organização de saúde, que acarreta segurança e proteção para os envolvidos na arte do cuidar.

Todas essas iniciativas mencionadas acima corroboram com a ideia de que a segurança do paciente deva ser a prioridade no âmbito hospitalar, evitando assim os



Artigo

eventos indesejáveis, perdas e gastos desnecessários a saúde a instituição. No que diz respeito as ações e práticas voltadas pelos enfermeiros quanto a segurança do paciente no ambiente de trabalho, descreve-se que entre os participantes da pesquisa desse estudo, aos aspectos relacionados à segurança do paciente e como ela é trabalhada na clínica médica e suas respectivas práticas e ações desenvolvidas pelos enfermeiros da pesquisa, a partir dos relatos, mostram-se diversos atos. Para afim de nossa análise, são em uma categoria e quatro subcategorias, posteriormente, discutidas em base de literatura.

Todas as iniciativas faz com que a segurança do paciente se torne prioridade, tanto é, que para a construção da categoria: Ações e Práticas dos enfermeiros e segurança do paciente no ambiente de trabalho partiram das subcategorias que nos foram apresentadas pelos enfermeiros da pesquisa: Os nove certos; Identificação do paciente nos leitos; Orientação quanto quedas. A primeira foi elaborada a partir dos relatos:

Identificação do paciente nos leitos [...] uso dos nove certos (P1, P2, P3, P4, P5, P6, P9, P10, P11) Orientações quanto a quedas [...] orientação quanto ao banho e a ingesta de alimentos (P14, P15, P16, P17, P18, P19).

A queda é um deslocamento não intencional do corpo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil, determinado por circunstâncias multifatoriais que comprometem a estabilidade⁽⁸⁾. O hospital atende pacientes com diferentes graus de complexidades, a sua principal finalidade é contribuir para a manutenção do padrão de saúde da sociedade, e implicitamente a ela, está à responsabilidade de prestar assistência de qualidade. Nesse sentido, o ambiente hospitalar pode também ser um fator de risco a sua saúde, tanto em consequência das condições de suas instalações, equipamentos como do processo de trabalho em saúde, que ainda seja voltado para a produção de serviços e que venham a proporcionar a melhoria das necessidades dos pacientes, ele não está livre da ocorrência de erros ou eventos adversos que prejudiquem a sua integridade e segurança.

Reduzir o risco das quedas e de suas consequências exige ações pensadas e efetivadas a partir de uma abordagem multidimensional, o que só é possível por meio da ação integrada e especializada de uma equipe⁽⁹⁾. Além de medir o risco de queda de pacientes internados, é também, indispensáveis ações de Gerenciamento de Risco, que incluem a identificação da sua ocorrência, notificação, investigação e a elaboração de planos de ação para preveni-las.



Artigo

No que se refere à categoria Práticas e ações dos enfermeiros e segurança do paciente no ambiente de trabalho à descrição de um enfermeiro resume essas ações, como, segue:

“Prevenção de úlceras, prevenção de quedas, higienização das mãos, boa comunicação com o paciente e acompanhantes, uso dos 5 certos na administração de medicamento”(P9, 2017).

Apesar dos avanços tecnológicos e científicos na área da saúde, a ocorrência de Úlcera por Pressão em instituições hospitalares, ainda assim, representa um sério problema, acarretando sofrimento físico e psicológico para o paciente e seus familiares, além de colaborar para o aumento dos gastos financeiros do órgão de saúde, geralmente escassos⁽¹⁰⁾. Devemos considerar que o aumento do conhecimento por parte da equipe de enfermagem e a implementação de práticas baseadas em destaques acarretam benefícios tanto na diminuição do tempo de internação hospitalar quanto no número de pacientes que sofrem com esses agravos.

Todo profissional de saúde tem a percepção de que seus erros podem ser custosos à vida humana, principalmente quando praticados por falta de atenção ou cuidado. Nesse contexto foi com esse intuito de minimizar os erros e certificar que cada paciente receba o atendimento que os nove certos foram criados para a administração de medicamentos. Os nove certos consistem em nove etapas que devem ser seguidas antes da aplicação de injeções em pacientes como: paciente certo; medicação certa; dosagem certa; administração certa; hora certa; duração certa; validade certa; abordagem certa; registro certo.

A enfermagem utiliza-se da comunicação para fornecer informações, melhorar o conforto, de forma a gerar mudanças de comportamento, dentro de uma troca de experiências e para ensinar e discutir os mais variados assuntos, porém a comunicação entre a equipe de enfermagem e os pacientes está a cada dia mais fortalecida, para que esta clareza seja atingida, o enfermeiro estar utilizando técnicas de comunicação, como: verbalizar interesse ao que está sendo proferido pelo paciente, permanecer em silêncio quando ele se expressa, não interromper os enunciados frasais produzidos pelo paciente, ouvir reflexivamente, bem como clarificar e validar as mensagens que recebe.

São notadas diversas falhas tanto na relação à equipe de trabalho quanto entre a equipe e o paciente. Vale ressaltar que ao se analisar o risco ocasionado pela má comunicação da equipe, por motivos sociais, culturais, profissionais, o autoritarismo, a desaprovação de sugestões de outros colegas da equipe e divergências de condutas. Já a



Artigo

relação equipe-paciente acaba sendo abalada pelo linguajar impessoal, focado em termos, pela omissão fatos à família e ao paciente, e pela frieza com que o paciente é tratado⁽¹¹⁾. Em função a todas as atribuições da enfermagem, o enfermeiro assume posição de destaque na equipe de saúde, o que lhe permite desenvolver estratégias que potencializam o trabalho em equipe e a organização do ambiente assistencial visando a melhor qualidade no que se diz a respeito do cuidado prestado ao paciente em ambiente hospitalar.

Apesar do trabalho em equipe em um contexto com as particularidades dos serviços hospitalares é um desafio para os enfermeiros e mesmo com os avanços na definição de políticas de saúde que estabelecem a organização de uma rede de atenção, os serviços hospitalares continuam sendo a principal porta de entrada de indivíduos em processo de doença, tornando assim os serviços hospitalares cheios⁽¹²⁾.

A partir do reconhecimento das dificuldades, os enfermeiros levantaram suas sugestões para que haja consistência nas ações de segurança do paciente no ambiente de clínica médica, ao mesmo tempo em que nossos participantes apresentam como dificuldade a falta de capacitação para equipe sugerem que para garantir a segurança do paciente faz-se necessário a consolidação de cursos de capacitação e qualificações.

Os relatos dos profissionais da pesquisa demonstram essa afirmação, que apresentamos nas formas escritas:

A falta de capacitação da equipe (P1, P10, P12, P13, P 14, P18) [...] Há muitas dificuldades no setor, muitas vezes por falta de equipamento e grande demanda (P3, P8, P9, P15, P16, P17, P18, P19) [...] Ter protocolos assistenciais (P8, P20, P21).

Os dados que foram apresentados mostram que os profissionais conhecem que a capacitação e qualificação dependem da vontade do profissional em querer se capacitar e aprender, a fim de suprir a falta de conhecimento.

No entanto, temos que reconhecer que as instituições de saúde devem se comprometer e incentivar seus profissionais de saúde ao aperfeiçoamento, tanto na fomentação de cursos, palestras e meios de qualificações, quanto facilitar a iniciativa dos profissionais que buscam se capacitar. Entretanto, devemos esclarecer que não se pode exigir toda responsabilidade à instituição de saúde, os profissionais devem ser cientes que o aprimoramento de suas práticas é algo indispensável para garantir a qualidade do serviço prestado e assegurar uma assistência eficiente, tendo em vista que nenhuma mudança pode ser realizada apenas com o novo, as atitudes dos profissionais são de



Artigo

extrema importância para que se possa ser fundamental o cuidar para qualquer organização de saúde.

A enfermagem tem sua prática respaldada por meio de evidências e do conhecimento científico e, para que a qualidade e a segurança na assistência em enfermagem sejam contínuas, é importante o profissional se sentir seguro no que faz ⁽¹³⁾. Para que isso seja continuado se faz necessário que os profissionais queiram o estudo e atualização constantes. Na atual situação financeira da maioria das instituições de saúde, há poucos profissionais de educação continuada nas instituições, dificultando assim o acompanhamento individualizado do recém-admitido e sua avaliação.

Outra conexão entre a dificuldade e sugestão relatadas pelos os enfermeiros resultou na demarcação da subcategoria: Ter protocolos assistenciais, como bem esclarece as transcrições a seguir:

“Capacitar à equipe de saúde, estruturar protocolos e rotinas, propor indicadores de qualidade baseado nas medidas implementadas (P7, 2017)”.

“Ter um protocolo (P20, 2017)”.

Esses discursos nos mostram que os profissionais estudados reconhecem que os protocolos são instrumentos necessários para assistência de enfermagem, e que fazem uma ligação entre a atividade que deve ser executada e o procedimento. Com isso, se configura como um facilitador para competência e qualidade dos serviços prestados.

Além da importância da capacitação e dos protocolos, alguns enfermeiros ressaltaram como medidas indispensáveis: todos os leitos com grades, insumos de qualidade, ambiente climatizado, implantação de piso antiderrapante, instalação de barras nas paredes do corredor, fluxo adequado para entrada e saída de pacientes. O mundo passa a conhecer uma crise de lideranças que tem evoluído com o envelhecimento de uma geração que foi pioneira em inovação e transformação da vida coletiva, mudanças essas que têm sido observadas com a presença de novas gerações, que com novos hábitos, valores e comportamentos estão assumindo o papel da gestão de organizações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendeu-se através deste estudo analisar os conhecimentos e práticas dos



Artigo

enfermeiros sobre segurança do paciente na Clínica Médica de um hospital público, identificar os saberes e enumerar às práticas voltadas à segurança do paciente.

Os objetivos propostos foram alcançados, na qual, iniciou-se percebendo que os profissionais de enfermagem dispõem do conhecimento acerca do assunto Segurança do Paciente, observando Conceitos que levam a atitudes pertinentes ao exercício da profissão e proteção do usuário envolvido no cuidado, inserido no sistema. Vale ressaltar que a Segurança do Paciente é trabalhada através de iniciativas diretas dos enfermeiros que as desenvolvem, sendo ele responsável por promover a entrada do paciente no sistema de saúde e pelo desenvolvimento de ações que visem à promoção e proteção da saúde e reestabelecimento do mesmo, sem a disposição de insumos necessários para tal prática, os enfermeiros reconhecem que as medidas de segurança servem para melhorar a qualidade de vida do paciente durante a assistência prestada aos mesmos. Nas ocasiões de cuidado prestado, é levantado afazeres diários, que ao mesmo tempo fortalece o comprometimento e a preocupação pela assistência segura do paciente, desenvolvendo assim, uma prevenção e redução de riscos desnecessários.

No que diz respeito ao serviço de saúde, os mesmo ainda apresentam fragilidades nesse contexto, dessa forma, apesar dos saberes e das práticas considerou-se que existem dificuldades e barreiras que vão além da capacidade do profissional, e que mesmo diante dos percalços o envolvimento para garantir a segurança é executado utilizando muitas vezes da arte, porém, observou-se também que os profissionais estão desestimulados, por a equipe não ajudar a desenvolver a segurança do paciente como também por parte salarial. Com isso surgiram várias recomendações para que fossem aplicadas no sistema de saúde, como a importância da capacitação para os profissionais acerca da temática estudada, e a melhoria dos protocolos, alguns enfermeiros ressaltaram como medidas indispensáveis: todos os leitos com grades principalmente para pacientes idosos ou com problemas psiquiátricos, ter um ambiente climatizado, implantação de piso antiderrapante em banheiros das enfermarias, equipamentos e materiais de qualidade, instalação de barras nas paredes do corredor, fluxo adequado para entrada e saída de pacientes e acompanhantes.

Pretendeu-se que ao concluir esta pesquisa, que além de ter reunido argumentos que mostrem que a segurança do paciente não se constitui numa simples técnica, e sim que a segurança do paciente é praticada a parti do conhecimento teórico da temática e de equipamentos de qualidade, porém, pode ser considerada uma ferramenta em permanente revisão e reformulação.

Neste sentido, entende-se que velhas e novas questões vêm sendo apresentada na área de



Artigo

Segurança do Paciente, no qual intensas mudanças devem ocorrer tanto no campo da graduação como no ambiente hospitalar, para que inquietações possam ser sanadas, enfatizando que o aprendizado com erros passados, são essenciais para o ambiente seguro.

REFERÊNCIAS

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília (DF): ANVISA; 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 36 de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jul. 2013. 2013.

_____. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. Paraíba: Cajazeiras. 01 ago 2016

_____. Ministério da Saúde. Comissão de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução nº 466/12**. Dispõem sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 abr. 2013. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
81452011000400017&script=sci_arttext>.em : < h t t p : // w w w . s c i e l o . b r / s c i e l o . p h p ? p i d = S 1 4 1 4 -



Artigo

CABERLON; IC, BÓS AJG. **Diferenças sazonais de quedas e fraturas em idosos gaúchos.** CiêncSaúdeColet[Internet]. 2015[cited 2016 Apr 20];20(12):3743-52. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3743.pdf>

CAMELO SHH, CHAVES LDP. **Teamwork as a nursing competence at intensive care units.** InvestEducEnferm. 2013 Mar;31(1):107-15.

FONSECA, A.S, PETERLINI, F.L, COSTA D.A. **Segurança do Paciente.** 1th ed. São Paulo: Martinary; 2014.

GOMES EC, MARQUES AP, LEAL MC, BARROS BP. **Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa.** CiêncSaúdeColet[Internet]. 2014[cited 2016 Apr 20];19(8):3543-51.

REIS, C.T. **A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro.** Trabalho de Conclusão de Curso [tese de doutorado], Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Aloura, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, 2013.

ROLIM JA, VASCONCELOS JMB, CALIRI MHL, SANTOS IBC. **Prevenção e tratamento de úlceras por pressão no cotidiano de enfermeiros intensivistas.** Rev Rene[Internet]. 2013[cited 2016 Mar 26];14(1):148-57. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/336/pdf>.

TASE TH, LOURENÇÃO DCA, BIANCHINI SM, TRONCHIN DMR. **Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente.** Rev. Gaúcha Enferm. 2013; 34(3):196-200.

VELHO, J. M.; TREVISIO, P. **Implantação de programa de qualidade e acreditação: contribuições para a segurança do paciente e do trabalhador.** Centro Universitário Metodista IPA – Porto Alegre -RS, Brasil. 2013.

VITURI DW, INOUE KC, BELLUCCI JUNIOR JA, OLIVEIRA CA, ROSSI RM, MATSUDA LM. **Welcoming with risk classification in teaching hospitals:**



Temas em Saúde

Volume 19, Número 4

ISSN 2447-2131

João Pessoa, 2019

Artigo

assessment of structure, process and result. RevLat-Am
Enfermagem.2013;21(5):1179-87.



**SEGURANÇA DO PACIENTE: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS DA CLÍNICA
MÉDICA EM UM HOSPITAL PÚBLICO**

Páginas 454 a 471

Artigo

**VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA: PERSPECTIVAS DE ENFERMEIROS DE UMA
MATERNIDADE PÚBLICA**

**OBSTETRIC VIOLENCE: PERSPECTIVES OF NURSES IN A PUBLIC
MATERNITY**

Maura Vanessa Silva Sobreira¹
Maria Thereza da Silva Gonçalves²
Mayara Dias de Souza³
Esthéfanny Jorge Ribeiro⁴
Francisco Andesson Bezerra da Silva⁵

RESUMO - Objetivo: Analisar o Discurso dos Profissionais de Enfermagem de uma Maternidade Pública sobre Violência Obstétrica. **Métodos:** Foi realizado estudo de campo do tipo descritivo exploratório com abordagem quantitativa, realizado com 13 enfermeiras que atuam na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo no município de Cajazeiras-PB. Os dados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo, formulada por Bardin. A pesquisa atendeu critérios da Resolução 466/2012, que trata de Pesquisa e testes com seres humanos e do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria, aprovado com CAAE de nº 09055219.8.0000.5180. **Resultados:** Ficou evidenciado que apesar de alguns profissionais apresentarem um conhecimento prévio sobre a violência obstétrica, a mesma não possui um conceito único e específico, várias são as definições para

¹ Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, Mestre em Enfermagem – UFRN, Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, Docente da Faculdade Santa Maria, Cajazeiras-PB, Brasil, e-mail: mauravsobreira2@gmail.com;

² Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Maria- FSM. E-mail: mtgoncalves334@gmail.com;

³ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Maria- FSM. E-mail: mayara_dis@hotmail.com;

⁴ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Faculdade Santa Maria- FSM. E-mail: esthefanny_ip@hotmail.com;

⁵ Mestrando em Saúde Coletiva pela Universidade Católica de Santos, SP, especialista em Gestão das Políticas em DST/aids, Hepatites Virais e Tuberculose pela UFRN, Natal, RN, Gerente Regional de Saúde da 10ª Gerência Regional de Saúde, e-mail: andessonbr@hotmail.com.



Artigo

caracterizá-la de modo que os direitos das mulheres tornam-se diminuídos e a violência na maioria das vezes não denunciada. **Conclusão:** Podemos concluir que mudanças são necessárias nas práticas de assistência obstétrica para que os profissionais tenham mais envolvimento com a temática no decorrer da vida acadêmica e assim tenham suporte científico de qualidade garantindo uma assistência segura e humanizada a fim de não praticar a violação dos direitos das mulheres e não contribuir para naturalização da violência obstétrica.

Palavras-chave: Parturiente; Obstetrícia; Violência; Obstétrica Parto.

ABSTRACT - Objective: To analyze the Nursing Professionals Discourse of a Public Maternity Unit on Obstetric Violence. **Method:** A descriptive exploratory field study with a quantitative approach was carried out with 13 nurses who work in the Maternity Dr. Deodato Cartaxo in the municipality of Cajazeiras-PB. The data were analyzed through the technique of content analysis, formulated by Bardin. The research met criteria of Resolution 466/2012, which deals with Research and testing with human beings and the Ethics and Research Committee of Faculdade Santa Maria, approved with CAAE de n09055219.8.0000.5180. **Results:** It was evidenced that although some professionals present a prior knowledge about obstetric violence, it does not have a unique and specific concept, several are the definitions to characterize it so that the rights of women become diminished and violence most often unreported. **Conclusion:** We can conclude that changes are necessary in obstetric care practices so that professionals are more involved with the subject during the academic life and thus have scientific support of quality guaranteeing a safe and humanized care in order not to practice the violation of the rights of women and not contribute to the naturalization of obstetric violence.

Keywords: Parturient; Obstetrics; Obstetric Violence and Childbirth.

INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher pode ser conceituada como sendo qualquer ato ou conduta que se baseia no gênero, causando morte, dano ou sofrimento de ordem física, sexual ou psicológica à mulher, podendo ser cometida tanto na esfera pública como na esfera privada, logo, a violência contra a mulher apresenta-se em diversas formas e uma



Artigo

delas tem sido muito presente e não identificada: a violência obstétrica (ANDRADE et al., 2014).

A expressão “violência obstétrica” (VO) é utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência e danos causadas pelo profissional durante o cuidado obstétrico. Inclui maus tratos físicos, psicológicos e verbais, assim como procedimentos desnecessários e danosos como episiotomias, restrição ao leito no pré-parto, clister, tricotomia, ocitocina (quase) de rotina e ausência de acompanhante. Levando à perda da autonomia da mulher bem como sua capacidade de decidir livremente sobre seu corpo e sexualidade, impactando negativamente sua qualidade de vida (TESSER et al., 2015).

Uma em cada quatro mulheres brasileiras sofre violência no parto segundo pesquisa realizada, em 2010, pela Fundação Perseu Abramo: “Mulheres brasileiras e Gênero nos espaços público e privado” na qual contou com a opinião de 2.365 mulheres e 1.181 homens com a faixa etária de 15 anos de idade, de 25 unidades da federação, cobrindo as áreas urbanas e rurais de todas as macrorregiões do país. (GONÇALVES et al; 2014).

A violência obstétrica ainda é pouco identificada pelas suas vítimas, sendo em geral naturalizada e aceita por todas. Na sua forma mais específica quando praticada dentro das maternidades durante o período de parturição e cometidas por agentes que deveriam proteger, garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e reparadora de danos. Uma forma, muito comum de violência institucional ocorre em função de práticas discriminatórias, sendo as questões de gênero, raça, etnia, orientação sexual e religião, um terreno fértil para ocorrência de tal violência (PÉREZ et al; 2015).

Segundo SILVA et al. (2017), a violência institucional obstétrica é relacionada como uma violência praticada pelas equipes de saúde e consentida por mulheres em trabalho de parto e parto, este fato é atrelado a diversos fatores como: as mulheres desconhecerem o processo fisiológico e práticas de assistência durante o trabalho de parto e parto; e por acreditarem que o médico e/ou a equipe de saúde sejam detentores de conhecimentos e habilidades técnicas naquela situação.

Pensando no combate da violência obstétrica, o Ministério da Saúde, cria a Políticas de atenção integral a Saúde da mulher que objetiva garantir os direitos de cidadania, sexuais e reprodutivos deste grupo um exemplo disso é o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), de 2000, que busca avanços na cobertura e na qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério, tanto para as mulheres quanto para seus filhos, segundo os direitos de cidadania (ANDRADE et al; 2014).



Artigo

Segundo SILVA et al. (2017), a assistência humanizada a parturiente refere-se à prestação de uma assistência que prioriza a qualidade do cuidado garantindo respeito aos direitos e sua individualidade, valorizando a autonomia, protagonismo e responsabilidade dos sujeitos envolvidos no processo do cuidado. Sendo essa uma forma de transformar o processo de desumanização que se tornou cada vez mais gradativo, em procedimentos que visam suavizar as dores e temores de pacientes que necessitam de atendimento e cuidados.

Tal estudo justifica-se a partir da vivência em estágios acadêmicos, no qual foi possível identificar algumas formas de violência obstétrica cometidas durante o trabalho de parto e parto pelos profissionais de saúde, em especial pelos enfermeiros de forma naturalizada sem considerar os direitos das parturientes. E também por existir pouca visibilidade do tema no campo acadêmico surgindo então o interesse em evidenciar essa temática, a fim de minimizar os atos de violência cometidos pela equipe de saúde os quais causam danos irreparáveis na vida das mulheres.

Dessa forma surgiu o seguinte questionamento: O que os profissionais de enfermagem de uma maternidade pública compreendem sobre violência obstétrica? O estudo deverá contribuir com elucidação de uma temática contemporânea e que precisa ser evidenciada para possibilitar o fomento da estratégia de enfrentamento.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, para contemplar assim os objetivos propostos.

O estudo exploratório tem por objetivo proporcionar familiaridade do pesquisador com o problema, potencializando o conhecimento das características de determinados fenômenos para assim procurar explicações das suas causas e consequências de modo que se consiga ajudar no desenvolvimento de hipóteses explicativas de fatos a serem verificados numa pesquisa, analisar quais os métodos utilizados e quais os resultados obtidos, estabelecendo rumos para investigações do comportamento humano além de identificar conceitos ou variáveis e sugerir hipóteses verificáveis, quanto às pesquisas descritivas elas objetivam identificar a relação entre variáveis focando na descoberta e análise dos fatos, a fim de descrevê-los, classificando-os e interpretando-os. É, portanto uma análise aprofundada da realidade de uma pesquisa (FERNANDES et al., 2018).

Segundo Guedes (2017), a abordagem qualitativa está relacionada ao estudo da história, das ligações, das apresentações, das crenças, dos conhecimentos e das opiniões,



Artigo

com base nas interpretações que os sujeitos sociais fazem a respeito de como vivem, constroem seus conhecimentos, sentem e imaginam. Além disso, foram especificadas ainda as seguintes etapas: estabelecimento da pergunta norteadora, seleção dos artigos e definição dos critérios de inclusão.

A pesquisa foi desenvolvida no município de Cajazeiras-PB, na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo, localizada na Rua Dr. José Moreira de Figueiredo S/N, Bairro Cristo Rei, situada na cidade polo da 9ª Região de Saúde no sertão semiárido do Estado da Paraíba. Esta região é composta por 15 municípios.

A população desse proposto estudo foi constituída por enfermeiros e técnicos de enfermagem que atuam na Maternidade Dr. Deodato Cartaxo de Cajazeiras, totalizando 13 profissionais. A amostra foi constituída pelos enfermeiros que se enquadraram nos seguintes critérios de seleção:

Critério de inclusão – ter no mínimo um ano de experiência no serviço;

O instrumento utilizado para coletar os dados foi um questionário semiestruturado organizado por uma serie ordenada de perguntas, contendo questões de caracterização dos profissionais e questões específicas acerca do tema Violência Obstétrica.

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil, e direcionado para o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria, tendo sido aprovado com CAAE de nº 09055219.8.0000.5180.

Antes da aplicação do instrumento os profissionais foram informados sobre os objetivos do estudo e apresentado aos mesmos o TCLE. Após a aceitação em participar da pesquisa, mediante assinatura do TCLE, a mesma foi realizada. A busca dos dados foi seguida de acordo com a disponibilidade de cada profissional no próprio local e horário de trabalho.

A interpretação e análise dos dados obedeceram a um procedimento de análises dos conteúdos qualitativos, conforme a técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Para Silva (2017) a análise do conteúdo pode ser definida como sendo um conjunto de instrumentos metodológicos, em frequente aperfeiçoamento, que se propõe a examinaras diferentes fontes de conteúdo e formas de comunicação sejam elas de caráter verbal ou não verbal.

Para que se possa ter uma melhor interpretação dos dados coletados, a acerca da analise metodológica é necessário que o investigador tenha compromisso com o entrevistado de modo que possa captar seu ponto de vista analisando e confrontando sua percepção com a de outros pesquisadores (CÂMARA, 2013).

Na produção da pesquisa foram considerados os requisitos apresentados pela Resolução 466/2012, que trata de pesquisa e testes em seres humanos. Está a



Artigo

obrigatoriedade de que os participantes sejam esclarecidos sobre os procedimentos.

RESULTADOS

O estudo se constituiu numa população adulta, ou seja, apresentando 23% (3) encontram-se na faixa etária de 33-34 anos, 23% (3) entre 35-40 anos, 15,5% (2) 41-45 anos, 15,5% (2) de 46-50 anos e ainda 23%(3) acima dos 50 anos de idade. No que diz respeito ao gênero, houve uma predominância do sexo feminino 100% (13), ratificando que a profissão ainda é exercida em grande parcela por mulheres.

Sobre os dados demonstrativos de caracterização dos enfermeiros as idades variam de 30 anos, que representam 23% da população a 62 anos que corresponde ao restante de 77%. E dos 13 enfermeiros entrevistados todos são do sexo feminino (100%).

A Enfermagem consiste de uma área de trabalho tradicionalmente feminina, em que o cuidar é visto mais como um dom do que uma profissão, estando associada à essência feminina. As práticas do cuidado com os doentes foram desenvolvidas no âmbito doméstico. A enfermagem é uma das raras profissões no mundo em que o trabalho está associado ao conhecimento e a prática que fornece assim bases para a profissão ser desenvolvida em sua maioria por mulheres, reconhecidas como pioneiras e responsáveis pela sua criação e sistematização. Desse modo é vista como uma profissão em que o cuidado e amor ao próximo a tornam uma área de trabalho adequada a esse gênero (LOMBARDI et al., 2018).

Contudo, embora a enfermagem seja construída culturalmente como uma prática feminina, os homens estão sendo uma realidade cada vez mais presente na profissão, representando rupturas importantes de gênero relacionados à prática do cuidado.³

No que tange o tempo de formação 62% (08) são graduados a mais de dez anos, em relação ao tempo de trabalho na instituição 47% (06) trabalhavam na instituição a mais de dez anos. Dentre os que fizeram especialização 30% (04) concluíram pós em obstetrícia. Ainda, da amostra 70% (09) não possuem especialização.

Pesquisado os dados de formação e carreira dos profissionais de enfermagem, encontramos que 8% tem apenas 2 anos de formação e 92% tem tempo superior a seis anos. Sobre o tempo de atuação no serviço 70% dos enfermeiros trabalham a mais de seis anos 30% a menos de cinco anos. No tocante a especialização, a amostra demonstra que apenas 30% (04) enfermeiras deram continuidade aos estudos na área de Obstetrícia, inferindo-se que se faz necessária uma intervenção no sentido de estimulá-los para o aprimoramento na área de atuação.



Artigo

Levando em consideração a importância do papel do enfermeiro como facilitador indispensável entre as equipes de saúde, compreendesse a necessidade dos profissionais investirem mais em atividades de qualificação continuada, promoção e produção do conhecimento, a fim de garantir um cuidado de qualidade a partir de evidências científicas (TEIXEIRA et al., 2014).

DISCUSSÃO

Por motivos éticos e para preservar a identidade dos participantes da pesquisa, optou-se por criar uma classificação numérica antecedida da letra *S*, ou seja, as identificações *S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8,...*, *S12 e S13* referem-se ao conjunto de nossa amostra.

A análise da Compreensão sobre Violência Obstétrica pelas enfermeiras participantes da pesquisa revelou que elas contêm conhecimentos prévios sobre a temática aonde seus relatos vêm ao encontro de suas concepções sobre o assunto, que para ocorrer de fato à violência são praticados Atos/ações que possam ferir ou desrespeitar a integridade da mulher.

De tal forma, com o propósito de confirmar o conhecimento dos enfermeiros do estudo sobre a compressão do tema, é revelado a partir dos relatos:

Ação invasiva e/ou desrespeito ao corpo [...] (S3, S4, S6, 2019).

[...] Violação de direitos a parturiente (S2, S8, S9, 2019).

[...] Procedimentos sem autorização ou indevido (S1, S7, S12, S13, 2019).

A violência obstétrica é definida de diversas formas dentre elas está a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal que traz por sua vez os tratamentos agressivos, as ameaças, os gritos e a humilhação intencional na qual a mulher é submetida, temos ainda violência física que inclui a não utilização de medicação analgésica quando de fato tem sua indicação, o abuso sexual e violência psicológica que é bastante comum. Sem esquecer as práticas de uso inadequado das tecnologias e intervenções desnecessárias, frente às evidências científicas, o que pode resultar numa enxurrada de intervenções com elevados riscos de sequelas à saúde da mãe e do bebê que nos dias atuais torna-se um fenômeno comum na rotina das instituições (GUIMARÃES et al., 2018).



Artigo

É importante que os profissionais de enfermagem que são tidos como aqueles que estão em maior contato com as mulheres no momento do parto prestem cuidados de forma humanizada sem que ocorra a violência obstétrica bem como os procedimentos desnecessários advindos dessa prática a fim de manter a mulher como protagonista desse evento garantindo os seus direitos e diminuindo os atos de violência.

Levando em consideração os critérios dos conceitos apresentados à cima, e ressaltando o saber dos enfermeiros participantes da pesquisa é interessante expor algumas respostas na íntegra, respeitando assim, a essência do discurso:

Todos os atos e ações que violam os direitos da paciente ou parturiente nos princípios da integralidade bem como procedimentos inadequados e utilizados para abreviar o percurso do parto, além de discursos de assédio moral que bloqueiam o trânsito do processo natural de parturição (S8, 2019).

Ato de violação com a parturiente no decorrer do trabalho de parto (S2, 2019).

O respeito a paciente é de extrema importância, principalmente no momento de parir, no qual se torna necessário que o profissional de enfermagem tenha uma conduta apropriada dentro da prática assistencial, a fim de proporcionar bem-estar ao mesmo tempo em que previne as diversas formas de violência.

Portanto uma assistência humanizada a parturiente garantindo respeito aos seus direitos e sua individualidade, valoriza sua autonomia e prioriza uma assistência de qualidade (SILVA et al., 2017).

No que diz respeito aos Fatores que interferem na sua prática e estão relacionadas à violência obstétrica as enfermeiras que participaram da pesquisa relataram algumas dificuldades encontradas além de elucidarem o que podem fazer enquanto profissionais para evitar que seus atos não contribuam com essa prática. Com isso, segue transcrição dessas afirmações:

[...] Parto Cesária induzido sem indicação (S3, S4, 2019).

[...] Estrutura física inadequada (S8, S9, S10, 2019).

[...] Nada Interfere (S2, S12, S13, 2019)

O Brasil é considerado um dos países com grande excesso de realização de cesarianas no qual o número de nascidos vivos por cirurgia excede os nascidos vivos por parto normal tanto nos serviços públicos como também nos privados evidenciando uma



Artigo

tendência de piora com o passar dos anos. A maioria das mulheres optam por cesarianas devido a fatores culturais como crença, medo do parto normal e a velha histórica de que tem impacto na diminuição da mortalidade perinatal, na qual tal justificativa é errônea podendo acarretar riscos, além da influência dos médicos que as assistem por se tratar de um procedimento conveniente, rápido e econômico gerando tempo livre. De modo que esses fatores ajudam na violação de direitos e de agressões de várias ordens, assim como no excesso de cesarianas desnecessárias que ocorrem atualmente no Brasil, tanto no setor público como no privado (TESSER et al., 2014).

No que diz respeito à estrutura física, características apontam as fragilidades dos serviços incluindo desde a disponibilidade de recursos humanos, financeiros, equipamentos até o modo como estes são organizados, ou seja, a estrutura interfere diretamente na qualidade da atenção tornando-se deficiente o sistema de saúde bem como a forma de assistência durante o parto e nascimento (BITTENCOURT et al., 2014).

Os relatos dos profissionais da pesquisa demonstram ainda essas afirmações, que apresentamos nas formas transcritas:

Os antigos obstetras que atuam na maternidade (S6, 2019).

Demanda de trabalho dos profissionais falta de ética e desrespeito (S7, 2019).

Não considero que minha pratica interfere faço apenas administração de medicamentos (S13, 2019).

Esses discursos revelam fragilidade em relação ao conhecimento dessas profissionais no que diz respeito a sua pratica, pois é notório que ainda permanece a autoridade médica a exemplo os obstetras como citados fazendo com que predomine o seu estilo de assistência de modo a desvalorizar a autonomia da enfermagem que por sua vez torna-se frágil e segue o modelo assistencial desses profissionais causando então praticas que estão relacionadas a violência obstétrica acarretando consequências as pacientes e gerando um choque de modelos de assistência num só espaço de atuação.

Realizando uma análise referente às Ações que podem ser realizadas com o intuito de coibir a violência obstétrica na maternidade os profissionais entrevistados sugerem melhorias principalmente no que diz respeito às formas de tratamento. Dando a real importância, segue a transcrição de algumas repostas:

[...] Qualificação dos profissionais (S3, S4, S5, S6, S7, S9, 2019).

[...] Dialogo com a gestante (S12, S13, 2019).



Artigo

[...] Reorientar assistência obstétrica (S1, S8, S9, 2019).

Embora a qualificação dos profissionais tenha sofrido atualizações ao longo dos anos nota-se que é preciso alcançar novos objetivos na direção de um ensino e de uma assistência de qualidade, pois ainda percebe-se as fragilidades entorno dessa perspectiva (OLIVEIRA et al., 2014).

Os próprios profissionais reconhecem que a capacitação e qualificação não dependem apenas da sua vontade em aprender novas técnicas, a fim de suprir a falta de conhecimento, mas sim que os gestores invistam na educação permanente em saúde que os capacite, criem debates acerca dessa temática e que as instituições reorganizem as práticas e rotinas dentro do modelo assistencial a fim de não contribuir para a ocorrência da violência obstétrica.

Em relação ao diálogo dos profissionais com as gestantes torna-se necessário como colocado por esses profissionais, de modo que prestar um acolhimento eficiente, conversar com aquela mulher que está insegura, apreensiva com um turbilhão de dúvidas faz com que o percurso do parto seja facilitado, ter confiança na equipe que irá prestar assistência é um dos pontos chaves para que se alcance qualidade no serviço prestado de modo que não ocorram erros e falhas durante o processo do parto e nascimento, nada mais é que uma troca que irá facilitar tanto o trabalho do profissional como também o papel da mulher envolvida no processo.

Sendo assim é imprescindível a atuação da enfermagem obstétrica nas diversas áreas da saúde, na qual se torna necessário que esses profissionais estejam sempre buscando atualização de conhecimentos para que se possa acompanhar os avanços e as transformações socioeconômicas e tecnológicas na assistência ao parto e puerpério (DE SENA et al., 2012).

Uma atuação de qualidade ofertada pela enfermagem obstétrica na assistência ao parto interfere positivamente na redução das práticas de intervenções desnecessárias. Nota-se uma grande diferença na assistência atual desses profissionais que se perpetua desde o início do século XX, onde o parto passou a ser institucionalizado. Essa categoria profissional é tida então como a mais preparada para a mudança e consolidação do cenário Brasileiro, se destaca ainda por ofertar uma assistência segura e com respeito, por isso a necessidade de ser qualificada (DANTAS et al., 2015).

A humanização e a qualidade da atenção prestada a essas mulheres dentro dos princípios da política são essenciais para que as ações de saúde se mostrem eficazes frente aos problemas descobertos, na satisfação das mulheres ao procurarem os serviços, e no fortalecimento da sua capacidade frente à identificação de suas demandas, e também



Artigo

reconhecimento de seus direitos na promoção do autocuidado, portanto é necessário que mudanças sejam feitas dentro das instituições principalmente no que diz respeito à estrutura física de qualidade e profissionais qualificados (BRASIL, 2004).

CONCLUSÃO

Podemos concluir a partir do estudo que apesar de alguns profissionais apresentarem um conhecimento prévio sobre a violência obstétrica, a mesma não possui um conceito único e específico, várias são as definições para caracterizá-la de modo que os direitos das mulheres tornam-se diminuídos e a violência na maioria das vezes não denunciada, necessitando primeiramente de um suporte legal através de leis e documentos para que se defina um termo específico e ajude na identificação e no enfrentamento de tal violência.

Sendo assim tornam-se necessárias mudanças nas práticas de assistência obstétrica que os profissionais tenham mais envolvimento com a temática no decorrer da vida acadêmica para que assim tenham suporte científico de qualidade a fim de garantir uma assistência de qualidade. Porém muitas são as dificuldades em relação à estrutura que de certo modo interferem negativamente na prestação de uma assistência humanizada e de qualidade sendo vista no cenário atual como um desafio para as políticas públicas no campo da saúde da mulher em especial a obstetrícia, por isso mudanças na estrutura física por parte dos gestores e nas práticas assistenciais por parte dos profissionais principalmente os enfermeiros devem ser feitas para assim reduzir as intervenções desnecessárias e todos os riscos advindos dessa prática.

Dessa forma o profissional enfermeiro é uma das principais peças para que se possa mudar o cenário de assistência prestado a mãe e ao bebê, o enfermeiro é tido como um membro indispensável na equipe tendo potencial necessário para promover e implementar boas práticas resgatando ainda o empoderamento das mulheres como protagonistas do processo de parir e a partir daí garantir uma assistência prestada por profissionais qualificados de modo seguro e humanizado a fim de não praticar a violação dos direitos das mulheres e não contribuir para naturalização da violência obstétrica.



Artigo

REFERENCIAS

ANDRADE, Briena Padilha; AGGIO, Cristiane de Melo. **Violência obstétrica**: a dor que cala. Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas da Universidade Estadual de Londrina, p. 1-7, 2014.

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo et al. Estrutura das maternidades: aspectos relevantes para a qualidade da atenção ao parto e nascimento. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S208-S219, 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Ministério da Saúde, 2004.

CÂMARA, Rosana Hoffman. **Análise de conteúdo**: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia, v. 6, n. 2, p. 179-191, 2013.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Gênero, saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 3, p. 345-8, 2005.

DANTAS, Janmilli da Costa et al. **Atuação do enfermeiro obstetra na assistência à parturiente: percepções do profissional**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

DE SENA, Chalana Duarte et al. **Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no Brasil**. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 2, n. 3, p. 523-529, 2012.

FERNANDES, Alice Munz et al. **Metodologia de Pesquisa de Dissertações sobre Inovação**: Análise Bibliométrica. Desafio Online, v. 6, n. 1, 2018.

GUIMARÃES, Liana Barcelar Evangelista; JONAS, Eline; DO AMARAL, Leila Rute Oliveira Gurgel. **Violência obstétrica em maternidades públicas do estado do Tocantins**. Estudos Feministas, v. 26, n. 1, p. 1-11, 2018.



Artigo

GONÇALVES DA SILVA, Michelle et al. **Violência obstétrica na visão de enfermeiras obstetras**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v. 15, n. 4, 2014.

LOMBARDI, Maria Rosa; CAMPOS, Veridiana Parahyba. A ENFERMAGEM NO BRASIL E OS CONTORNOS DE GÊNERO, RAÇA/COR E CLASSE SOCIAL NA FORMAÇÃO DO CAMPO PROFISSIONAL. **Revista da ABET**, v. 17, n. 1, 2018.

OLIVEIRA, Mariana Policena Rosa de et al. Formação e qualificação dos profissionais de saúde: fatores associados à qualidade dos serviços de atenção primária à saúde. 2014.

PÉREZ, Bárbara Angélica Gómez; OLIVEIRA, Edilaine Varjão; LAGO, Mariana Santos. **Percepções de puérperas vítimas de violência institucional durante o trabalho de parto e parto**: revisão integrativa. Revista Enfermagem Contemporânea, v. 4, n. 1, 2015.

SILVA, Andressa Hennig; FOSSÁ, Maria Ivete Trevisan. **Análise de conteúdo**: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. Dados em Big Data, v. 1, n. 1, p. 23-42, 2017.

SILVA, Izabel Simão Alves da et al. **Percepção social de puérperas sobre violência no trabalho de parto e parto**: uma revisão integrativa. S.N.T., 2017.

TESSER, Charles Dalcanale et al. **Violência obstétrica e prevenção quaternária**: o que é e o que fazer. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 10, n. 35, p. 1-12, 2015.

TEIXEIRA, C. F. et al. Produção científica sobre política, planejamento e gestão em saúde no campo da saúde coletiva: visão panorâmica. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, p. 585-594, 2014.



Artigo

**EUTANÁSIA EM CÃES COM PATOLOGIAS GRAVES: IMPACTOS
EMOCIONAIS E PERCEPÇÃO DOS RISCOS E BENEFÍCIOS**

**EUTHANASIA IN DOGS WITH SERIOUS PATHOLOGIES: EMOTIONAL
IMPACTS AND PERCEPTION OF RISKS AND BENEFITS**

Irene Aparecida Gomes¹

Camila Cortellete Pereira da Silva²

Rute Grossi Milani³

Gilberto Cezar Pavanelli⁴

RESUMO – O presente estudo teve como objetivo verificar a percepção da eutanásia em cão de estimação com patologia grave, tendo-se como foco os impactos emocionais ao dono e os conhecimentos sobre riscos e benefícios dessa prática. Para isso, empregou-se metodologia descritiva, quanti-qualitativa, aplicando-se questionário semiestruturado, individual e domiciliar. Foram entrevistadas 31 pessoas em Maringá, Paraná. Foram evidenciados impactos emocionais intensos à vivência do luto, afetando a vida afetiva de donos de cães, provocado pela prática da eutanásia e perda do animal. Conclui-se que a eutanásia é um instrumento de controle importante em saúde pública, aceito por muitos, porém considerado impactante para as pessoas envolvidas, muitas vezes mais traumatizante que a morte natural.

Palavras-Chave: Eutanásia; Saúde Pública; Afetividade; Impactos Emocionais.

¹ Psicóloga, pós-graduada *stricto sensu* em Promoção da Saúde, Unicesumar - irene_a_gomes@yahoo.com.br;

² Psicóloga, pós-graduada *stricto sensu* em Promoção da Saúde - Bolsista CAPES Unicesumar - camilacortellete@hotmail.com;

³ Psicóloga, Professora Dra. dos Programas de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e Tecnologias Limpas do Centro Universitário de Maringá - UniCesumar, Bolsista do Programa Produtividade em Pesquisa do ICETI – Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação - rute.milani@unicesumar.edu.br;

⁴ Biólogo, Professor Dr. do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, bolsista do programa produtividade em pesquisa do ICETI – Instituto de Ciência e Tecnologia da Unicesumar. Bolsista nível A do CNPq - pavanelli@nupelia.uem.br.



Artigo

ABSTRACT - The present study aimed to verify the perception of euthanasia in a pet dog with severe pathology, focusing on the emotional impacts to the owner and the knowledge about risks and benefits of this practice. For that, a descriptive, quantitative-qualitative methodology was used, applying a semi-structured, individual and domiciled questionnaire. We interviewed 31 people in Maringá, Paraná. It was evidenced intense emotional impacts to the experience of mourning, affecting the affective life of dog owners, caused by the practice of euthanasia and loss of the animal. It is concluded that euthanasia is an important control instrument in public health, accepted by many, but considered impacting for the people involved, often more traumatizing than natural death.

Keywords: Affectivity; Euthanasia; Emotional Impacts; Public health.

INTRODUÇÃO

Desde os primórdios os animais e os seres humanos se relacionam, entretanto, com a contemporaneidade estes vínculos se intensificaram, onde as mudanças culturais e as novas organizações familiares contribuíram para um estreitamento vincular, tornando os animais, em especial os cães e gatos, integrantes das famílias (CASELLATO, 2015).

Tanto humanos como cães possuem uma complexa vida social e um rico sistema de comunicação, sendo atraídos pelo conceito de viver em grupo. Alguns estudos mostram que existem relacionamentos emocionais fortes, ternos e duradouros entre membros da mesma espécie e em espécies diferentes de animais. A sociabilidade é entendida como a tendência de interagir com outros indivíduos em dois tipos: inter e intraespecífica. Assim como os homens, os cães são constantemente atraídos pelo conceito de viver em grupo, sendo caracterizados como seres sociais evoluídos do ponto de vista comportamental. A convivência com animais pode criar vínculos e laços afetivos, levando o indivíduo a se identificar com as manifestações afetivas do animal. Quanto mais forte, significativa e bem-sucedida for essa ligação, mais rica será a identificação entre eles (REID, 2009; HOROWITZ, 2010; BEKOFF, 2010; ELIAS, 2010).

A relação entre o sujeito e os cães vem se tornando cada vez mais estreita, permeada de afeto, e representando muitas vezes uma figura de companhia. Além disso, entende-se que estes animais também podem proporcionar expressiva melhoria na qualidade de vida e bem-estar das pessoas. Quanto mais forte, significativa e bem-



Artigo

sucedida for essa ligação, mais rica será a identificação entre eles (LAPLANCHE, PONTALIS, 2004; ALMEIDA, ALMEIDA, DINIZ, 2012; LIMA et al, 2010).

Estudos apontam que a posse de animais de estimação contribui para a redução de alguns fatores de risco cardiovascular, incluindo a pressão arterial. Além disso, compreende-se que a presença de um animal de companhia pode aumentar a socialização de pessoas diagnosticadas com demência do tipo Alzheimer e reduzir os comportamentos de agitação nas diversas fases de evolução da doença (BAUN, MCCABE, 2003; ALLEN, MENDES, 2002).

Dados estatísticos apontam que cerca de 45% dos domicílios brasileiros possuem pelo menos um cachorro, segundo Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2010). O censo informa ainda que o Paraná é a unidade da federação com maior número de casas que possuem cachorros: 60,1%, contra o Distrito Federal, com 33% das residências com pelo menos um cão. É fundamental que se disponha de informações detalhadas e confiáveis acerca do censo de cães para que se possa definir com segurança as políticas públicas para o setor, como programas de controle da população de rua (castração), vacinação, desverminação, eutanásia, entre outras (SCHULTZ, 2009).

Entretanto, mesmo com todas as vantagens já apresentadas, se faz necessária a compreensão de que a convivência com animais de estimação também pode oferecer um significativo incremento nos riscos da contração de enfermidades, em especial as zoonóticas. Existem mais de 150 zoonoses que afetam o homem e outros vertebrados, incluindo os cães. Soma-se a isso o fato de certos vírus, fungos e bactérias pouco específicos, também poderem infectar os cães. Quando estes agravos ocorrem, é fundamental o seu controle para evitar uma maior propagação. Desta forma, quando os métodos menos invasivos falham, a eutanásia se faz necessária. Entre as enfermidades frequentemente relacionadas às possíveis indicações deste método, dependendo do estágio da patologia, destacam-se a cinomose, leishmaniose, raiva, patologias neoplásicas metastasadas, quadros de infecções generalizadas, entre outras, aliadas a atropelamentos de animais de rua (AVILA-PIRES, 2004).

Ou seja, a eutanásia (gr. *eu*=bem, *thanatos*=morte), que significa boa morte, é um importante instrumento utilizado em saúde pública para controle populacional de animais portadores de doenças contagiosas, em especial os cães, desde que haja riscos de transmissão ou contágio dessas zoonoses para o homem. Entretanto a prática da eutanásia em animais envolve importantes aspectos emocionais nos seres humanos, sendo indicada apenas nos casos onde seja realmente necessária, considerando-se o bem-estar do homem, do animal e do ambiente (SANTOS, 2011; OMS, 2010).



Artigo

A conexão que se experimenta convivendo com os animais de estimação é tão intensa que muitas vezes algumas pessoas têm dificuldades em imaginar a vida sem eles. Portanto, é natural que as pessoas sofram com a morte do animal de estimação, gerando sentimento de grande impacto emocional, semelhante à morte de um membro da família. Entende-se o luto como sendo uma resposta ao rompimento de um vínculo significativo e, geralmente, pode vir acompanhado de sintomas como tristeza, desânimo, falta de interesse no mundo externo, dificuldade em esboçar sentimentos, inibição das atividades, diminuição da autoestima, culpa e punição (KUZNIAR, 2006).

Entretanto, o enlutado pela morte de seu animal usualmente não encontra espaço para o seu sofrimento, sendo este tipo de luto não autorizado. Este pesar foge das normas pré-estabelecidas da sociedade, que passam a tentar identificar quem, quando, quanto e por quem se pode lamentar. Dessa forma, a perda do animal não é reconhecida como significativa, tendo que ser sentida em silêncio, ou ainda reprimi-la (CASELLATO, 2015).

Vindo ao encontro com esta negação quanto ao luto em relação a perda do animal, verifica-se uma falta de estudos relacionados a esta temática, mostrando novamente o não reconhecimento deste tipo de sofrimento. No Brasil, praticamente não há registros de pesquisas que tenham como objetivo principal analisar quantitativa e qualitativamente os efeitos sociais e emocionais provocados em pessoas que necessitaram eutanasiar seu animal de estimação. As informações disponíveis são de cunho geral, empíricas e que apenas mencionam a dificuldade do ser humano em aceitar passivamente esse processo. Nesse sentido, essa pesquisa objetiva verificar a percepção da eutanásia em cão de estimação com patologia grave, enfocando os impactos emocionais e conhecimentos ligados a esta prática, discutindo as interfaces entre o bem-estar humano e animal.

MÉTODOS

A pesquisa foi realizada no período de julho a setembro de 2016, no município de Maringá, com 403.063 mil habitantes e localizado no noroeste do Estado do Paraná. Foram entrevistadas 31 pessoas de 15 bairros da cidade. Foram abordados somente pessoas que haviam feito uso da eutanásia em seus cães. Estes participantes foram selecionados após indicações feitas pelo representante legal de diversas ONGs Defensoras/Protetoras de Animais do município de Maringá, além da indicação feita por



Artigo

cinco profissionais da Área de Saúde e Sanidade Veterinária de Maringá, que se dispuseram a colaborar com a pesquisa.

Utilizou-se nesse trabalho, a metodologia de pesquisa de campo descritiva, qualitativa, quantitativa e observacional.

Para Manzini (2004), a metodologia qualitativa considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. A descritiva analisa seus dados indutivamente, onde o processo e seu significado são os focos principais de abordagem. Já a quantitativa é utilizada para a obtenção de dados com o uso de escalas, na maioria das vezes numéricas, e posteriormente submetidas a análises estatísticas formais (MANZINI, 2004).

A metodologia observacional, é apropriada para amostragens do tipo exploratório descritiva (TURATO, 2005). Conforme Creswell (2007), é um método apropriado para a execução de pesquisas acerca de uma população específica.

A coleta dos dados foi realizada para se obter o perfil social, econômico; demográfico e psicoafetivo dos participantes, além de seu relacionamento com os cães. Para a elaboração do questionário semiestruturado, adotou-se a estrutura da Escala de Likert. Foi usado o seguinte formato: Não concordo totalmente (); Não concordo parcialmente (); Concordo parcialmente (); Indiferente (); Concordo (); Concordo totalmente () (LIKERT, 2005).

O inquérito foi individual e domiciliar, em que a maioria dos participantes escreveu a próprio punho, com exceção de alguns que solicitaram (alegando dificuldade de visão em escrever), que o entrevistador registrasse os depoimentos. Os dados foram codificados e transcritos, utilizando-se das planilhas Excel do programa Microsoft Office, da versão Windows 2010, para obter a medida e mensuração dos resultados, que são aqui representados através de tabelas e figuras.

O projeto da pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos. Foi solicitado aos sujeitos do estudo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

O perfil sociodemográfico dos entrevistados é apresentado na Tabela 1.



Artigo

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das 31 pessoas entrevistadas em Maringá, PR, no período de julho a setembro de 2016

Variáveis	(%)	Qtd
Faixa etária		
De 20-40	16%	5
De 41-60	35%	11
De 61-80	61%	15
Sexo		
Feminino	77%	24
Masculino	23%	7
Religião		
Católico	65%	20
Evangélico	29%	9
Outros	6%	2
Escolaridade		
Ensino Superior	48%	15
Ensino Médio	32%	10
Ensino Fundamental	19%	6
Renda		
1 Salário mínimo	16%	5
2 a 3 Salários mínimos	42%	13
Mais de 3 Salários	42%	13
Total dos entrevistados	100%	31

Fonte: Dados da pesquisa.

Ao se perguntar para os 31 entrevistados do município de Maringá sobre a relação de afetividade com o cão, 48% relataram ser um grande companheiro, 19% que faz parte da família, 13% consideram como se fosse um filho e 10% relacionaram o cão com amor e carinho. Foram ainda assinaladas respostas como presente de Deus, proteção e bem irreparável, em percentuais menores.

Sobre os sentimentos despertados na convivência com o animal de estimação, 17% disseram possuir uma relação de pai/mãe e filho; 16% que é felicidade e bem-estar; 15% amor; e 13% carinho.



Artigo

Ao serem perguntados se aceitaram praticar a eutanásia em animais portadores de doenças contagiosas, todos responderam que sim.

Sobre as patologias dos cães mencionadas pelos entrevistados, 42% respondeu que a maior prevalência foi o câncer (tabela 2).

Tabela 2. Sobre a patologia dos cães mencionados pelos 31 entrevistados em Maringá, PR, no período de julho a setembro de 2016.

QUAL FOI A PATOLOGIA		
RESPOSTAS	(%)	QTD
Câncer	42%	13
Cinomose	13%	4
Problema renal	10%	3
Hérnia	6%	2
Atropelamento	6%	2
Leishmaniose	6%	2
Infecção generalizada	4%	1
Depressão	4%	1
Hepatite	3%	1
Infecção no ouvido	3%	1
Parvo virose	3%	1
TOTAL	100%	31

Em relação aos sentimentos despertados diante do procedimento de eutanásia do animal, a maioria respondeu se tratar de algo semelhante a uma perda irreparável (tabela 3).



Artigo

Tabela 3. Sobre os sentimentos despertados diante do procedimento da eutanásia, das 31 pessoas entrevistadas em Maringá, PR, no período de julho a setembro de 2016.

Respostas	(%)	QTD
Perda/falta irreparável	30%	9
Tristeza/dor	23%	7
Abalo/impacto/trauma emocional	13%	4
Decisão difícil/forçada	10%	3
Choro/mal-estar/medo/desespero	9%	3
Dificuldade em aceitar a eutanásia	6%	2
Compaixão/impotência	9%	3
Total	100%	31

Tabela 4: Percepção dos sujeitos sobre a prática da eutanásia e suas consequências

Variáveis dependentes	%	Quantidade
Quanto a prática de eutanásia	29% concordam totalmente	9
Quanto às patologias serem um problema de saúde pública	77% concordam totalmente	24
Quanto à existência de riscos e despesas com o animal	44% concordam totalmente	14
Quanto as reações psicoafetivas em decorrência da eutanásia	77% concordam totalmente	24

Fonte: Elaborada pelos autores

Já em relação ao impacto da perda do animal em sua vida afetiva, houve unanimidade no relato, apresentando sentimentos bastante exacerbados. Dos 31 entrevistados, 29% relataram tristeza e luto, 20% abalo emocional, 20% vazio imenso, 16% separação, perda dolorosa e 9% perda e ausência.



Artigo

DISCUSSÃO

A bibliografia brasileira é bastante falha em artigos científicos que analisam detalhadamente os vários aspectos abordados nessa pesquisa. As informações disponíveis encontram-se em revistas de cunho geral, dirigidas na maioria das vezes a criadores e proprietários de *pets*, não fazendo correlação entre os vários itens abordados neste trabalho. Estudos epidemiológicos abrangentes sobre causas de morte e razões para eutanásia em cães são escassos, provavelmente devido à dificuldade em obter-se dados confiáveis sobre o animal eutanasiado (FIGHERA et al, 2009a). Tal realidade dificulta promover uma discussão sobre os resultados obtidos neste trabalho com outros semelhantes, pois existe uma percepção que esta seja, talvez, a primeira pesquisa realizada no Brasil com esse enfoque.

Nesta pesquisa, as patologias mais comuns registradas foram as neoplasias, coincidindo com outros resultados da bibliografia especializada. Os atropelamentos por veículos automotivos reiteram a indicação do uso da eutanásia nesses animais, o que se deve ao número de animais abandonados, onde ao ficar em situação de rua, tornam-se mais vulneráveis e sujeitos ao atropelamento (ROSSETO et al, 2009; FIGHERA et al, 2008b).

Entretanto, entende-se que paralelamente a este elevado número de abandono, cada vez mais, vem aumentando o interesse por adotá-los, em especial o cão. Ao adentrar no ambiente doméstico, estes animais estão comumente passando a ocupar um lugar de pertencimento, criando vínculos afetivos e passando muitas vezes a fazer parte daquela família. Este fato vem ao encontro com os dados referentes a pesquisa realizada, onde ao se analisar os aspectos afetivos da relação cão e homem, verifica-se que todos os entrevistados responderam favoravelmente a essa relação, nominando o cão como companheiro e amigo, sendo parte da família, representando amor, carinho, presença, proteção, constituindo-se, portanto, em um bem inestimável. Resultado semelhante é descrito por aqueles que, de alguma maneira, estudam a relação entre o cão e o ser humano. Ou seja, há quase unanimidade entre os autores sobre os benefícios que esta relação pode trazer, tanto ao ser humano, quanto ao seu animal de estimação (LIMA, 2010; ALMEIDA, 2012; SCHULTZ, 2009; SANTOS, 2011; HANDLIN, 2016; LAMPERT, 2014).

Outro fator importante a ser levado em consideração quanto ao vínculo estabelecido entre o dono e seu cão e conseqüentemente o apego, diz respeito a idade de maior prevalência na pesquisa. Identificou-se um número significativo de idosos com



Artigo

animais de estimação, e levando em consideração que a velhice está diretamente relacionada a perdas, “saúde, das pessoas que amamos, de um lar que foi nosso refúgio e nosso orgulho, de um lugar na comunidade familiar, de trabalho, status, propósito e segurança financeira, do controle e das escolhas” (VIORST, p. 292, 2005), entende-se que a morte do seu animal representa mais uma perda, podendo esta ser difícil de elaborá-la sem o devido suporte.

Sabe-se que o simples ato de acariciar um cão traz bem-estar e qualidade de vida ao indivíduo, melhorando os aspectos psicológicos do proprietário do animal. Esses animais podem servir inclusive como co-terapeutas pois auxiliam deficientes a executar diversas tarefas, destacando-se aqueles com habilidades especiais que, ante uma eminente crise epilética, apneia, ou hipoglicemia são capazes de dar o alerta, salvando assim a vida de seu dono (LAMPERT, 2014).

Achou-se oportuno mencionar a frase pronunciada por um dos entrevistados sobre seu sentimento em relação ao seu animal de estimação: *possuir um cão é tudo de bom e traz imensos benefícios*. Outro casal sem filhos entrevistado afirmou categoricamente: *nascemos para sermos pai e mãe de cachorros*. Nesse sentido alguns autores tentam explicar a perda de um animal de estimação, relacionando esse fato com o luto que ocorre em seres humanos com a morte de uma pessoa de seu convívio. Afirmam que é natural o sofrimento das pessoas com a morte do animal de estimação. Nesse sentido esse fato foi expresso com acentuada frequência pelos participantes da pesquisa: *a morte de meu cão foi como a morte de um filho*. Acredita-se que esse sentimento de perda em relação a uma pessoa querida pode explicar de alguma maneira o sentimento observado por alguns sujeitos ao perderem seus animais de estimação, em especial o cão (KUZNIAR, 2006).

Entretanto, mesmo tendo conhecimento deste lugar de pertencimento que os animais domésticos passaram a possuir e entendendo-os como membros familiares, como já exposto, não se pode esquecer que algumas vezes os animais apresentam patologias graves, podendo se constituir em um agente transmissor dessas enfermidades. Nesse caso, configuram riscos para o meio ambiente, podendo trazer problemas para a saúde pública, ou forçando a sobrevivência do animal em condições precárias (LIMA et al, 2010). Assim, quando necessário recorrer a eutanásia, entende-se ser prudente um devido acompanhamento deste “familiar”, orientando-o sobre a necessidade desta prática, mas também reconhecendo e validando o seu sofrimento (OMS, 2010; LIMA, 2008).

Nesta pesquisa só foram abordados os entrevistados que tiveram seus animais de estimação eutanasiados. Portanto, justifica-se o resultado de 100% dos participantes terem sacrificado seus cães. Entretanto, ao ser perguntado sobre o que acha da eutanásia,



Artigo

51% dos entrevistados concordam com essa prática, 51% concordam total ou parcialmente, 10% disseram ser indiferente e 38% não concordam, porém todos se sentiram na obrigação de autorizar a eutanásia como medida preventiva e de proteção.

Conforme o Conselho Regional de Medicina Veterinária, existem alguns aspectos da eutanásia no Brasil que devem ser destacados, como a leishmaniose visceral em cães. Assim, determinava-se, nesses casos, a eutanásia como medida obrigatória. Há países, entretanto, onde se permite o tratamento de animais com essa enfermidade, sendo que a medicação usada é bastante cara e não garante a cura do animal doente; apenas interrompe a possibilidade de que a patologia possa ser transmitida. Porém, algumas pessoas muito afeições aos seus cães infringem essa determinação, tentando conseguir o tratamento através de *kits* importados, via contrabando, de outros países, e consequentemente considerados ilegais no Brasil (NEGRÃO, FERREIRA, 2014; KIMURA, 2012).

Por outro lado, há pessoas que não aceitam essa determinação de fazer eutanásia compulsória e ingressam com medida cautelar na Justiça, alegando que o cão é de sua propriedade. Muitos juízes têm deferido a solicitação liminarmente (PEREIRA, JUNIOR, 2014). Dessa forma, tendo em vista o risco a saúde pública, torna-se necessário uma melhor orientação destes donos e da sociedade como um todo, a fim de explicar a importância da eutanásia nestes casos de patologia.

A Associação Brasileira da Indústria de Produtos para Animais de Estimação (ABINPET, 2014) publicou relatório dizendo que no Brasil há cerca de 60 milhões de cães contra 50 milhões de crianças, tendo movimentado R\$ 18,2 bilhões em 2011. Trata-se um segmento importante que deve ser olhado com viés especial por parte das autoridades, definindo políticas públicas específicas para esse importante segmento da sociedade.

Referente aos riscos de contágio e custos da convivência com o animal de estimação infectado, não houve consenso sobre o assunto. Percebe-se que vários entrevistados têm pouca noção dos riscos de transmissão de doenças. Pode-se pensar que esse fato se justifique pela percepção dos benefícios que os animais de estimação proporcionam a seus donos, pois sob o olhar dos entrevistados, estes compensam os custos envolvidos em manter um animal de estimação (GIUMELLI, SANTOS, 2016). Em relação aos riscos de contrair doenças que ameacem a saúde, sugere-se aos órgãos públicos desenvolverem discussões, informação e campanhas de cunho educacionais, de conscientização em saúde pública, para alertar e evitar os desconfortos e transtornos causados por essas enfermidades. Deve-se também enfatizar a situação dos cães



Artigo

abandonados e errantes pelas ruas, em condições precárias de bem-estar, indo desde desnutrição a maus-tratos, tornando-se sérios problemas de saúde pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A eutanásia é de um instrumento de controle importante em saúde pública, aceito por muitos, porém considerado impactante para as pessoas envolvidas, muitas vezes mais traumatizante que a morte natural.

Observa-se que, cada vez mais, um grande número de pessoas se interessa por animais domésticos, em especial o cão. Nesse sentido é fundamental entender melhor o significado da relação homem e cão, e os benefícios que podem advir desta inter-relação. A perda do animal de estimação provoca o surgimento de intenso sofrimento que acomete a saúde mental e a vida psicoafetiva de muitas pessoas, como a tristeza, depressão, solidão, saudade, enlutamento.

Dessa forma, entende-se que o luto é um tema que deve ser resgatado pelo meio acadêmico para que se revalide sua importância na vida do ser humano. No entanto, se faz necessário um olhar diferenciado aos lutos não reconhecidos, como ocorre em relação aos animais de estimação. Acredita-se ser de grande valia uma melhor compreensão quanto ao luto dos idosos e seus animais, tendo em vista que a pesquisa realizada apresentou um alto índice de idosos com cães, e estes costumam apresentar manifestações físicas e psíquicas que podem ser mais acentuadas e mais graves nesta faixa etária.

Outra constatação é o fato de muitos participantes enfatizarem os benefícios proporcionados pelo animal de estimação e considerarem pouco os riscos e os custos de sua manutenção. Nesse sentido, é recomendável que se elaborem estudos que procurem entender o significado da relação homem e cão e os benefícios que podem advir dessa inter-relação, assim como o seu luto não reconhecido. Conclui-se que os vários aspectos elencados nesta pesquisa devam ser considerados pelas autoridades públicas ao elaborarem plano diretor com o objetivo do controle dos animais domésticos.

REFERÊNCIAS

Abinpet. Associação Brasileira da Indústria de Produtos para Animais de Estimação. **Setor pet chega a r\$ 18 bilhões em 2015, mas não sem os efeitos da crise.**



Artigo

<http://abinpet.org.br/site/setor-pet-chega-a-r-18-bilhoes-em-2015-mas-nao-sem-os-efeitos-da-crise/>. Acesso em jan. 2017.

ALMEIDA et al. Estudo sobre a relação homem e animal e sua influência na saúde pública. **Anais- Fiocruz**- 2012. Disponível em: <<http://www.fio.edu.br/8ar/>>. Acesso em jan. 2017.

ALLEN, K.; BLASCOVICH, J.; MENDES, W. B. Cardiovascular reactivity and the presence of pets, friends and spouses: the truth about cats and dogs. **Psychosomatic Medicine**, v. 64, p. 727–739, 2002.

AVILA-PIRES, F.D. Evolução histórica da medicina veterinária preventiva e saúde pública. **Ciência Rural**. 2016; 34(5):1661-8.

BAUN, M. M.; MCCABE, B. W. Companion animals and Persons with Dementia of Alzheimer's Type. **American Behavioral Scientist**, v. 47, n. 1, p. 42-51, Sept. 2003.

BEKOFF, M. **A vida emocional dos animais – alegria, tristeza e empatia nos animais. Um estudo científico capaz de transformar a maneira como os vemos e os tratamos**. São Paulo: Cultrix, 2010.

CASELLATO, G. **O resgate da empatia**. Editora Summus, 2015.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre, 2007: 2ª Ed. Artmed. Bookman.

ELIAS, R. A domesticação do homem in A civilização dos bichos. **Revista de História da Biblioteca Nacional**, ano 5, n 60, setembro 2010.

FIGHERA, R. A. et al. Casos fatais de cães atropelados por veículos automotivos. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), 97105-900. **Rv. Ciência R. Santa Maria**, v.38, n.5, p.1375-1380, ago, 2008. Santa Maria - RS, Brasil, 2008.



Artigo

FIGHERA, R. A. et al. Causas de morte e razões para eutanásia de cães. Print version ISSN 0100-736X **Pesq. Vet. Bras.** vol.28 no.4. On-line version ISSN 1678-5150. Rio de Janeiro, 2008.

GIUMELLI, R. D. e SANTOS, M. C. P. Convivência com animais de estimação: um estudo fenomenológico. **Rev. abordagem Gestalt**, jun. vol. 22 no.1 Goiânia, 2016.

HOROWITZ, A. **A cabeça do cachorro**. Rio de Janeiro, 2010: Best-Seller.

IBGE. **Censo demográfico**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: dez.1016.

IMURA, L. M. S. Cinomose: doença alto contagiosa. |**Rev. Veterinária**. Rio de J.

www.revistaveterinaria.com.br/2012. Acesso em jan. 2017.

KUZNIAR, A. **Melancholia's dog**. Chicago: University of Chicago Press,

2006.<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em jan. 2017,

LAMPERT, M. Benefícios da relação homem-animal. Instituição Universidade Federal do Rio Grande do sul. **UFRGS**. Curso de Medicina Veterinária. Porto Alegre, 2014.

Disponível em: www.lume.ufrgs.br. Acesso em fev. 2017.

LAPLANCHE, J e PONTALIS, B. **Vocabulário de psicanálise**. 4 ed: Martins Fontes.

São Paulo, 2004.

LIKERT, R. "A Technique for the Measurement of Attitudes", Archives of Psychology

140: pp. 1-55. **Rev. Bras. de Enfer.** vol. 58 nº. 5. Sept./Oct. Brasília, 2005. Disponível

em: www.scielo.org. Acesso em: junho, 2015.

LIMA, F. F. Avaliação dos conceitos sobre posse responsável exercida pela terceira

idade em instituições não governamentais de Araçatuba-SP. **Rev. Ciênc. Ext.** v.6, n.2,

p.132. Araçatuba-SP, 2010.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In:

Seminário Internacional sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos, 2, 2004, Bauru. A

pesquisa qualitativa em debate. **Anais...** Bauru: USC, 2004.



Artigo

NEGRÃO, G. N. & FERREIRA, M. E. M. C. Leishmaniose tegumentar americana: aspectos geográficos intervenientes na ocorrência da enfermidade no município de Maringá, Paraná. Hygeia: **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde** (Uberlândia), v.5, p.115 – 124. Uberlândia, 2009.

OMS –Trabalhando para superar o impacto global de doenças tropicais negligenciadas. Primeiro relatório da **OMS** sobre doenças tropicais negligenciadas. WHO Press, 2010.

PEREIRA, L.R.M; JUNIOR, V. L. P; LANE, V.F.M. **Judicialização das ações de vigilância em saúde: o caso da leishmaniose visceral**. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2013: Tempus Actas de Saúde Coletiva.

REID, P.J. **Adapting to de human world: dogs’ responsiveness to our social cues**. Behavioural processes 80 325 – 333. Sydney, 2009.

ROSSETTO, V.V. et al. Frequência de neoplasmas diagnosticados por exame citológico: estudo retrospectivo em um hospital-escola. **Semin. Cienc. Agrárias**. v.30, p.189-200, 2009.

SANTOS, S. C. P. Eutanásia e suicídio assistido: O direito e liberdade de escolha. **Universidade de Coimbra**. Portugal, 2011.

SCHULTZ, S. Abandono Animal. **Universidade do Oeste de Santa Catarina**. Disponível em: <http://www.portalnossomundo.com>. Porto Alegre, 2009. Acesso em fev. 2017.

TURATO, E. R. Conceitos usuais de métodos qualitativos. **Rev. Saúde Pública** v.39 n.3 São Paulo jun. 2005 <http://dx.doi.org/>. São Paulo, Brasil, 2005.

VIORST, J. Perdas necessárias. Editora Melhoramentos, 2005.





Temas em
Saúde