




# RIES

---

RIES  Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde da UNIAAP

**RIES, v. 7, nº1 (15) 2018**

**REVISTA  
INTERSCCIPLINAR DE  
ESTUDOS EM  
SAÚDE**

# RIES:

Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde ligada ao Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe.

V. 7 – Nº 1 (15) – 2018

Editor:  
Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha

Catálogo na fonte elaborada pela Biblioteca Universitária  
Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – Caçador -SC

R454r

Revista eletrônica Interdisciplinar de Estudos em Saúde da  
Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP / Universidade  
Alto Vale do Rio do Peixe. v. 7, nº 1. 2018. Caçador (SC): UNIARP,  
2018.

Semestral (online)

ISSN: 2238-832X

1. Saúde. 2. Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP  
- Periódico. I. Título.

CDD: 610.05

**Editor(a)**

Prof. Dr. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

**Conselho Editorial**

Prof. Dr. Adelcio Machado dos Santos, Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Profa. Dra. Adriana Romão, Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, PR, Brasil

Profa. Dra. Catia Rosana Lange de Aguiar, Universidade Federal de Santa Catarina, Blumenau, SC, Brasil

Profa. Dra. Claudriana Locatelli, Universidade do Oeste de Santa Catarina, UNOESC, Videira, SC, Brasil

Prof. Dr. Everaldo da Silva, Centro Universitário de Brusque - UNIFEBE, Brasil

Prof. Dr. Kleber Prado Filho, Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Prof. Me. Leonardo de Paula Martins, Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil

Prof. Dr. Joel Haroldo Baade, Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil

Profa. Dra. Louise Domeneghini Chiaradia Delatorre, Centro Universitário Católica de Santa Catarina - Joinville, SC, Brasil

Profa. Dra. Patricia Aparecida Batista Schepman, Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri, Estados Unidos da América do Norte

Prof. Dr. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha, UNIARP, Caçador, SC, Brasil

**Comissão Científica ad hoc**

Adalberto Alves de Castro (Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil), Adelcio Machado dos Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Adriana Romão (Faculdade Assis Gurgacz, Cascavel, PR, Brasil), Adriano Luiz Maffessoni (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Adriano Slongo (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Aline Aparecida Foppa (Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, SC, Brasil), Amaryllis Tavares (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Ana Cláudia Lawless Dourado (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Ana Paula Carneiro Canalle (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Ana Paula Frigeri (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Andréa Andrade Alves (Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil), Anielle de Vargas (Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, Carazinho, RS, Brasil), Antonio Pedro Tessaro (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Bianca Schweitzer (Estação Experimental de Caçador - EPAGRI, Caçador, SC, Brasil), Profa. Dra. Catia Rosana Lange de Aguiar, Universidade Federal de Santa Catarina, Blumenau, SC, Brasil, Carolina Carbonell Demori (Universidade da Região da Campanha – URCAMP, Bagé, RS, Brasil), Caryna Eurich Mazur (Universidade Federal do Paraná - UFPR, Curitiba, PR, Brasil), Cíntia Martins (Universidade Estadual de Feira de Santana - UEFS, Feira de Santana, BA, Brasil), Claudio Sergio Costa (Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil), Claudriana Locatelli (Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC, Videira, SC, Brasil), Clayton Luiz Zanella (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Cristianne Confessor Castilho Lopes (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Daniela dos Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Daniela dos Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Daniele Botelho Vinholes (Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - UNESC, Criciúma, SC, Brasil), Danielly de Brito Andrade (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Diogo Gonçalves de Oliveira (Centro Universitário Augusto Motta - UNISUAM), Eliabe Rodrigues de Medeiros (Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Natal, RN, Brasil), Emyr Hiago Bellaver (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Everaldo da Silva (Instituto Blumenauense de Ensino Superior - IBES/SOCIESC, Blumenau, SC, Brasil), Fabiana Meneghetti Dallacosta (Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC, Videira, SC, Brasil), Fábio Boeing (Centro Universitário Barriga Verde – UNIBAVE, Orleans, SC, Brasil), Fátima Noely da Silva (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Genéia Lucas dos Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Iara Bezerra Batista Lessa (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Iedo Silva (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Izabel Cristina Ribas Rodrigues Calliari (Centro Universitário de União da Vitória - UNIUV, União da Vitória, PR, Brasil), Izabel Cristina Santiago Lemos (Universidade Regional do Cariri – URCA, Crato, CE, Brasil), Jadson Justi (Universidade de Rio Verde - FESURV, Rio Verde, GO), João Felipe Peres Rezer (Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil), Joel Cezar Bonin (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Jorge Luiz Velasquez (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Katherinne Barth Wanis Figueirêdo (Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, Joinville, SC, Brasil), Katiuscia Marcon Romão (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Kleber Prado Filho (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Larisse Miranda de Brito (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB, Cruz das Almas, BA, Brasil), Lenir Rodrigues Minghetti (Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC, Lages, SC, Brasil), Leonardo de Paula Martins (Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE, SC, Brasil), Leyza Paloschi de

Oliveira (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Ligia Beatriz Bento Franz (Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI, Ijuí, RS, Brasil), Lisie Alende Prates (Universidade Federal de Santa Maria- UFSM, Santa Maria, RS, Brasil), Livia Filla Nunes (Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, Brasil), Louise Domeneghini Chiaradia Delatorre (Centro Universitário Católica de Santa Catarina – Joinville, SC, Brasil), Lucas Vieira Dutra (Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino – FAE), Luciane Angela Nottar Nesello (Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, Itajaí, SC, Brasil), Lucimar Filot da Silva Brum (Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS, Brasil), Marcus Vinicius Kvitschal (Estação Experimental de Caçador - EPAGRI, Caçador, SC, Brasil), Maria Aparecida (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Maria Elisabeth Kleba (Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECO, Chapecó, SC, Brasil), Marialva Linda Moog Pinto (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Mariangela Kraemer Lenz Ziede (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Marilene Boscari (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Marileusa Carvalho (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Mario Bandiera (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Marivane Lemos (Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo - FCFRP/USP), Patricia Aparecida Batista Schepman (Washington University School of Medicine, St. Louis, Missouri, EUA), Patrícia Santos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Paula Brustolin (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Paulo Autran Leite Lima (Universidade Federal de Sergipe - UFS, Aracaju, SE, Brasil), Raul Sousa Sousa Andreza (Faculdade Leão Sampaio, Juazeiro do Norte, CE, Brasil), Resende Diniz Acioli (Universidade Tiradentes – UNIT, Aracaju, SE, Brasil), Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Roberta Aparecida Varaschin (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, BRASIL), Roberta Borghetti Alves (Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, SC, Brasil), Robson José de Souza Domingues (Universidade do Estado do Pará – UEPA, Belém, PA, Brasil), Roger Francisco Ferreira de Campos (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Rose Santos Oliveira (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Rosemari Santos de Oliveira (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Rosemery Andrade (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Sandoval Alencar da Silva (Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Campinas, SP, Brasil), Siham Abdel Amer (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Talize Foppa (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Tarso Waltrick (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Tathiana Carla Gelinski (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Valéria Marques Ferreira Normando (Universidade do Estado do Pará – UEPA, Belém, PA, Brasil), Vilmair Zancanaro (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil), Wanderléia de Oliveira Tragancin (Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP, Caçador, SC, Brasil).

#### **Capa**

Denise Bolzan Barpp

Taise de Almeida

#### **Editoração Eletrônica**

Prof. Dr. Joel Haroldo Baade, Uniarp, Caçador, SC, Brasil

#### **Bibliotecária**

Célia de Marco

**RIES – Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde** é um periódico semestral do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde (GIES) da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP) publicado em formato eletrônico (ISSN: 2238-832X). A revista publica textos inéditos na área da saúde e textos interdisciplinares em diálogo com pelo menos uma das três linhas de pesquisa definidas pelo grupo: Investigação de compostos com atividade biológica; Reabilitação e Terapêuticas tradicionais e complementares; Saúde Pública e humanização. Ela atua como canal de socialização de conhecimento e de pesquisas relacionadas à área da saúde.

**Missão:** Divulgar conhecimento e apresentar resultados de pesquisas inovadoras na área da saúde e de áreas afins que abordem temas relevantes para o contexto brasileiro. Ser um registro público e histórico do conhecimento contemporâneo na área da saúde. Propagar o conhecimento produzido pelos membros do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe e de academias e pesquisadores(as) que com ele cultivem redes de conhecimento.

**Indexação:** 1) Diretórios de revistas: - Portal do Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER/IBICT); - Diadorim, diretório de políticas das revistas científicas brasileiras sobre o acesso aberto aos artigos por meio de repositórios institucionais; - Periódicos de Livre Acesso na Internet - LivRe- <http://livre.cnen.gov.br>; - Latindex (Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal); - Open Archives – OAI Register Data Providers. 2) Índices (Index) ou Bibliografias (Abstracts): - Portal de Periódicos da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe - UNIARP; - Catálogo da Biblioteca da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe-UNIARP; - Sumários.org; 3) Serviços de coleta de metadados: - Google Scholar

## SUMÁRIO

|   |     |
|---|-----|
| EDITORIAL.....  | 10  |
| ESTUDOS INTERDISCIPLINARES EM SAÚDE .....   | 11  |
| PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA ATENDIDOS EM AMBULATORIO DE UM HOSPITAL PÚBLICO .....                                  | 12  |
| INFLUÊNCIA DE FATORES DE PROTEÇÃO E DE RISCO NA RESILIÊNCIA E NA ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS EM MULHERES.....                             | 25  |
| AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO .....                                | 40  |
| ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SATISFAÇÃO NO TRABALHO: PROCESSOS DIALÉTICOS NA SAÚDE MENTAL .....   | 55  |
| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIOS DE PSICOTRÓPICOS DE UM CAPS DA ZONA DA MATA DO ESTADO DE RONDÔNIA.....  | 68  |
| AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DO CONSUMO ALIMENTAR DE UM GRUPO DE IDOSOS  | 83  |
| VISAT: DIFICULDADES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UM CEREST DE SC .....  | 99  |
| SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE APÓS IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS .....  | 112 |
| GESTÃO DOS PNEUS INSERVÍVEIS E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O PROGRAMA DE PREVENÇÃO À DENGUE, FEBRE CHIKUGUNYA E ZIKA VÍRUS NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ (SC) ..... | 129 |
| RESÍDUOS SÓLIDOS URBANOS DISPOSTOS EM TERRENOS BALDIOS DA CIDADE DE CHAPECÓ, SC.....  | 144 |
| CONSUMO DE ALIMENTOS PROCESSADOS E ULTRAPROCESSADOS POR ESCOLARES DE ARROIO DO TIGRE, RS .....  | 157 |
| CONHECIMENTO E PRÁTICAS PREVENTIVAS RELACIONADAS ÀS DOENÇAS ONCOLÓGICAS DE MULHERES CLIMATÉRICAS .....  | 165 |
| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ATENDIMENTOS ANTIRRÁBICOS HUMANOS NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ, SC.....  | 176 |
| TRÂNSITO COMO TEMÁTICA INTERDISCIPLINAR EM PROMOÇÃO DA SAÚDE .....  | 187 |
| FARMÁCIA E SAÚDE .....  | 204 |
| PSICOFÁRMACOS NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UMA REVISÃO .....   | 205 |

---

|   |     |
|---|-----|
| LEVANTAMENTO DE DADOS ACERCA DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS PELOS IDOSOS QUE MORAM SOZINHOS NA CIDADE DE FRAIBURGO – SANTA CATARINA..... | 220 |
| TEORIAS E PRÁTICAS EM ENFERMAGEM .....  | 233 |
| ANSIEDADE DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....  | 234 |
| CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO .....                                     | 249 |
| PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PESSOAS RESIDENTES EM CRICIÚMA COM DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA NO PERÍODO DE 2012 A 2016 .....             | 263 |
| A CRIANÇA COM TRANSTORNO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO-AUTISMO: A ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UMA INSTITUIÇÃO ESPECIALIZADA.....   | 277 |
| INSERÇÃO DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NO ATENDIMENTO AO PARTO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM .....                                      | 293 |
| PARTO SEGURO: A PERCEPÇÃO DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO USO DO CHECKLIST....   | 303 |
| PRINCIPAIS FATORES DE ABSENTEÍSMO NA ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE DO SUL CATARINENSE .....                                    | 319 |
| PROTOCOLO DO MANEJO DA SEDE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA EM UM HOSPITAL PRIVADO NO SUL DE SANTA CATARINA .....                   | 335 |
| REABILITAÇÃO, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA.....  | 351 |
| FATORES RELACIONADOS A LESÕES EM ATLETAS DE BOLÃO 16 CATEGORIA FEMININO NA CIDADE DE CAÇADOR/SC.....                                      | 352 |
| ESTILO DE VIDA E SUAS RELAÇÕES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS .....   | 361 |
| EFEITOS DA CINESIOTERAPIA SOBRE A FORÇA DE PREENSÃO PALMAR EM INDIVÍDUOS COM DOENÇAS REUMÁTICAS.....                                      | 374 |
| ANÁLISE DE RISCOS ERGONÔMICOS NO SETOR DE ACABAMENTO EM UMA CONFECÇÃO DE CAMISARIA.....   | 388 |
| REPERCUSSÕES BIOPSISSOCIAIS DE UMA CAPACITAÇÃO EM PRÁTICAS CORPORAIS / ATIVIDADES FÍSICAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....         | 401 |
| ÁREAS EMERGENTES EM PSICOLOGIA.....   | 416 |
| PSICOLOGIA NAS URGÊNCIAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO ATENDIMENTO JUNTO AO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR .....                               | 417 |
| CONSUMO, DEPENDÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL EM UM CENTRO DE   |     |



---

|  |            |
|--|------------|
| <b>ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E DROGAS .....</b>                                   | <b>430</b> |
| <b>PERFIL DO ACOLHIMENTO DE CRIANÇAS EM UMA INSTITUIÇÃO DO SUL DE SANTA CATARINA .</b> | <b>440</b> |
| <b>MORTE NA UTI PEDIÁTRICA (UTIP): EXPERIÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS.....</b> | <b>454</b> |

## EDITORIAL

Prezados leitores e leitoras da RIES,

Nesta 1ª Edição de 2018 da RIES, aumentamos significativamente o número e a qualidade dos artigos aceitos para a publicação na revista. Isto deve-se ao número elevado de submissões a RIES por diversos pesquisadores no Brasil. Além disso, 15305 pessoas já acessaram a RIES desde a sua formação em 2012.

Neste volume foram aceitos 33 artigos originais divididos em 6 áreas do conhecimento: 1) Estudos Interdisciplinares em Saúde (n= 13); 2) Farmácia e Saúde (n= 2); 3) Teorias e Práticas em Enfermagem (n= 9); Reabilitação, Saúde e Qualidade de Vida (n= 5) e; Áreas Emergentes em Psicologia (n= 4). Dentre as características dos estudos, predominou os de abordagem quantitativa e qualitativa, com delineamentos descritivos, com enfoque em diversos contextos em saúde.

É importante salientar aos autores que a RIES está se reestruturando para melhorar a avaliação no Qualis Capes. Dentre as principais modificações para 2019 que estão sendo realizadas, estão os novos editores das sessões, a sessão de revisões e quatro volumes por ano, tornando a revista trimestral.

Prof. Dr. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha  
Editor

**ESTUDOS INTERDISCIPLINARES EM  
SAÚDE**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA  
ATENDIDOS EM AMBULATORIO DE UM HOSPITAL PÚBLICO**

**SOCIODEMOGRAPHIC AND CLINICAL PROFILE OF PATIENTS WITH  
SCHIZOPHRENIA ATTENDED IN A PUBLIC HOSPITAL AMBULATORY**

Priscila Pereira Nunes<sup>1</sup>  
Luciana Amorim<sup>2</sup>  
Paola Barros Delben<sup>3</sup>  
Helder Lima Gusso<sup>4</sup>  
Roberto Moraes Cruz<sup>5</sup>

Recebido em: 06 jun. 2017  
Aceito em: 18 jun. 2018

**RESUMO:** A esquizofrenia é uma doença mental crônica, caracterizada por distorções do pensamento e da percepção e do afeto, com frequência associados a comportamentos sociais inadequados. O objetivo desta pesquisa foi realizar um mapeamento de fatores sociodemográficos e clínicos de pacientes atendidos em um ambulatório de esquizofrenia e outras psicoses de um hospital público do sul do Brasil. Trata-se de uma pesquisa descritiva e correlacional em uma amostra por conveniência de 108 pacientes (59,3% masculino e 40,7% feminino), com idade média de 36 anos (mediana = 36, IIQ = 27,0 - 46,0). A coleta dos dados sociodemográficos e clínicos foram realizado por meio de um questionário e dos instrumentos Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), MINI Plus e Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-BR). Apenas 16% dos participantes tinham emprego remunerado. Os sintomas típicos do transtorno mostraram-se dentro do esperado (sintomas positivos, mediana = 13, IIQ = 9,25 - 16; sintomas negativos, média = 18,3, DP ± 6,3). O medicamento mais utilizado é a clozapina, um antipsicótico atípico, que possui evidências de eficácia em sintomas positivos e negativos e para modulação de comportamentos suicidas.

**Palavras-chave:** Esquizofrenia. Perfil clínico. Variáveis sociodemográficas.

**ABSTRACT:** Schizophrenia is a chronic mental illness characterized by distortions in thinking, perception and affection, frequently associated with inappropriate social behavior. The objective of this research was to map sociodemographic and clinical factors related to schizophrenia in patients attended at a public hospital in southern Brazil. It is a descriptive and correlational research in a convenience sample of 108 patients (59.3% male and 40.7% female), with a mean age of 36 years (median = 36, IIQ = 27.0-46, 0). The sociodemographic and clinical data were collected through a

<sup>1</sup> Aluna do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: [priscila.ppnunes@gmail.com](mailto:priscila.ppnunes@gmail.com).

<sup>2</sup> Psicóloga, mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: [luamorim.psique@gmail.com](mailto:luamorim.psique@gmail.com).

<sup>3</sup> Psicóloga, mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: [paola321321x@gmail.com](mailto:paola321321x@gmail.com).

<sup>4</sup> Doutor em Psicologia, professor do Departamento de Psicologia Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: [heldergusso@gmail.com](mailto:heldergusso@gmail.com).

<sup>5</sup> Doutor em Engenharia de Produção, pós-doutorado em Métodos e Diagnóstico, professor do Departamento de Psicologia Universidade Federal de Santa Catarina. E-mail: [robertocruzdr@gmail.com](mailto:robertocruzdr@gmail.com).

questionnaire and the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), MINI Plus and Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-BR) instruments. Only 16% of the participants had paid employment. The typical symptoms of the disorder were within the expected (positive symptoms, median = 13, IIQ = 9.25 - 16, negative symptoms, mean = 18.3, SD  $\pm$  6.3). The most commonly used drug is clozapine, an atypical antipsychotic, which has evidence of efficacy in positive and negative symptoms and modulation of suicidal behavior.

**Keywords:** Schizophrenia. Clinical profile. Sociodemographic variables.

## INTRODUÇÃO

Define-se esquizofrenia como uma doença mental crônica, caracterizada por distorções do pensamento e da percepção e do afeto, associadas a comportamentos sociais inadequados na maior parte do tempo (FLEISCHHACKER et al., 2014; AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). É uma enfermidade complexa, com prevalência estimada em 1% da população mundial, caracterizada pela presença de distorções do pensamento, alucinações, delírios e comportamento desorganizado, de longa duração e início precoce (ALLOTT et al., 2013).

Não há evidências científicas suficientes para explicar o desenvolvimento da esquizofrenia, embora haja consenso na literatura especializada acerca de sua natureza multifatorial, fato que ressalta a importância de se ter uma maior clareza acerca da influência do contexto no desenvolvimento e curso do transtorno (ZOGHBI; LIEBERMAN, 2018). Assim como não há um consenso acerca das causas, não existe uma perspectiva de cura para a esquizofrenia. Os sintomas são principalmente controlados e amenizados por meio de tratamento medicamentoso, que afeta tanto em aspectos bioquímicos quanto nas interações, sentimentos, escolhas e direção do comportamento por parte do paciente (VEDANA; MIASSO, 2014). A administração da medicação deve facilitar a adesão ao tratamento, a fim de evitar dificuldades e restrições na conduta do paciente.

Fatores preditores da esquizofrenia indicam características comuns em relação ao aparecimento e curso do transtorno. Dados internacionais apontam que pacientes com esquizofrenia, geralmente, têm o primeiro contato com serviços de saúde mental antes dos 35 anos, sendo que os homens têm contato mais cedo do que mulheres (KIRKBRIDE et al., 2006). Esta evidência pode ser associada à algumas variáveis como sexo, curso do tratamento e evolução dos casos de esquizofrenia. A idade de início da doença difere-se em 10 anos entre homens e mulheres, e estudos indicam que, para os homens, a idade de início da doença está entre 18 e 25 anos, enquanto que, para as mulheres, entre 25 e 35 anos (CHAVES, 2000; INSEL, 2010).

Há uma alta prevalência de comportamentos suicidas relacionados à esquizofrenia. Pesquisas indicam que cerca de 10% dos indivíduos diagnosticados com esquizofrenia manifestam comportamentos suicidas (ROY, 1990), e alguns estudos apontam a clozapina como o único antipsicótico atípico com evidências promissoras na interferência de comportamento suicida (SILVA; PEREIRA, ROZENTHAL; ELKIS, 2001; SILVA; LOVISI;

VERDOLIN; CAVALCANTI, 2012).

O DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013) aponta algumas comorbidades frequentes em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia, dentre elas, estima-se que mais da metade dos indivíduos tem transtorno por uso de tabaco e fuma regularmente. As pesquisas realizadas entre 2001 e 2010, indicam que 43% dos pacientes não adere ao tratamento proposto. Entretanto, o uso de antipsicóticos atípicos foi associado à maior adesão ao tratamento na maioria dos estudos. Já a comorbidade como uso de substâncias psicoativas, falta de apoio social e presença de efeitos colaterais da medicação foram indicados como fatores associados à falta de aderência ao tratamento (SILVA et al., 2012).

Pesquisas internacionais acerca da esquizofrenia têm apontado um crescente movimento em direção ao conceito de recuperação e adaptação, com expectativas de um tratamento que propicie uma vida produtiva e satisfatória para esses pacientes, e não apenas na remissão de sintomas típicos, como alucinações ou delírios (ADDINGTON; PISKULIC; MARSHALL, 2010; FLEISCHHACKER et al., 2014). Dessa forma, a obtenção do mapeamento de fatores sociodemográficos e clínicos relacionados ao quadro da esquizofrenia é etapa imprescindível na elaboração de hipóteses para futuras pesquisas acerca do tema. Além disso, permite a elaboração de políticas de saúde pública que melhorem o cuidado e manejo terapêutico desta parcela da população, bem como pode trazer mais dados sobre o impacto socioeconômico que tais pacientes geram para o sistema de saúde (FLEISCHHACKER et al., 2014).

## **MATERIAL E MÉTODO**

Esta pesquisa é de delineamento descritivo e correlacional (CRESWELL, 2010). Os dados foram coletados em um Ambulatório de Esquizofrenia e outras Psicoses de um hospital público do sul do Brasil. Esta foi aprovada no Conselho de Ética em Pesquisas/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/ CONEP) em 01/03/2016, de acordo com parecer número 1.432.157. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelo paciente e seu responsável e o termo de autorização institucional para a pesquisa pelo profissional responsável do IPq/SC.

## **CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES**

Foram acessados 115 pacientes e seus respectivos familiares, quando foi possível. Os critérios de inclusão dos participantes foram: pacientes com idade igual ou superior a 18 anos; em acompanhamento regular no Ambulatório e que tenham o diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo. E os critérios de exclusão: pacientes com diagnóstico clínico de deficiência intelectual grave que comprometa a compreensão das entrevistas ou o abandono de tratamento/accompanhamento no Ambulatório por período

superior a noventa dias. Desse total, sete casos foram excluídos da pesquisa em função dos critérios de exclusão. A amostra final, portanto, foi de 108 participantes, sendo que apenas 80 deles responderam à totalidade dos instrumentos de pesquisa.

## INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

As variáveis sociodemográficas (sexo, nível de escolaridade, profissão, renda, estado civil, ocupação, idade de início da doença e tempo de doença) foram obtidas por meio de entrevista com os pacientes e familiares, assim como também por meio dos prontuários dos pacientes cadastrados no Ambulatório, que realizam acompanhamento regular. A coleta dos dados clínicos (sintomas típicos e comorbidades) foi realizada por meio dos seguintes instrumentos:

- a) *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI), utilizado para triagem de síndrome psicótica e outras comorbidades;
- b) *MINI Plus*, para confirmação do diagnóstico de esquizofrenia (AMORIM, 2000; SHEEHAN et al., 1998);
- c) *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS-BR), desenvolvida por Kay e colegas (KAY, FISZBEIN, & OPLER, 1987). É um instrumento que possibilita uma melhor padronização psicométrica para avaliar os sintomas típicos da esquizofrenia.

## TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados em um grupo de variáveis: idade atual (a partir da data de nascimento) e tempo de doença (idade atual – hda). A variável procedência (cidade onde reside) foi agrupada em “Grande Florianópolis” e “Outros”. Os seguintes municípios foram considerados enquanto componentes da “Grande Florianópolis”: Águas Mornas; Alfredo Wagner; Angelina; Anitápolis; Antônio Carlos; Biguaçu; Canelinha; Florianópolis; Governador Celso Ramos; Leoberto Leal; Major Gercino; Nova Trento; Palhoça; Paulo Lopes; Rancho Queimado; Santo Amaro da Imperatriz; São Bonifácio São João Batista; São José; São Pedro de Alcântara; e Tijucas. Os municípios agrupados em “Outros” foram: Bom Retiro; Bombinhas; Lages; Navegantes; Porto Belo; e São Carlos.

Variáveis categóricas foram descritas em números absolutos e frequência, variáveis contínuas de distribuição paramétrica em média e desvio padrão e variáveis contínuas com distribuição não-paramétrica em mediana e intervalo interquartil (IIQ) (AGRESTI; FINLAY, 2012). A análise estatística foi realizada por meio do programa IBM-SPSS 20.0 (CHICAGO, IL, USA).

## RESULTADOS

Na tabela 1 encontram-se descritas as características sociodemográficas e clínicas coletadas dos participantes. As seguintes variáveis numéricas tiveram sua normalidade testada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov e apresentaram distribuições não paramétricas ( $p \leq 0.05$ ): idade de início histórico doença atual; tempo entre o surgimento de sintomas e o início do tratamento; número de hospitalizações; número de tentativas de suicídio; anos de estudo; idade atual; tempo de doença; renda do paciente; número de tentativas de suicídio (ts) ao longo da vida; e, renda da família. Diante disso, tais variáveis foram descritas por mediana e intervalo interquartil (IIQ) (AGRESTI; FINLAY, 2012; DANCEY; REIDY, 2006). Além disso, estão descritas na tabela 1 a distribuição das frequências das variáveis categóricas sexo, situação ocupacional, uso de substâncias psicoativas (SPA) prévio ao surgimento do transtorno, situação conjugal e local de residência dos participantes (procedência).

**Tabela 1.** Características sociodemográficas e clínicas de pacientes com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (n = 108)

| Variáveis <sup>a</sup>                              | Valor                       |
|---|-----------------------------|
| Sexo  |                             |
| Feminino  | 44 (40,7)                   |
| Masculino   | 64 (59,3)                   |
| Idade (anos), mediana (IIQ)                         | 36 (27,0 – 46,0)            |
| Idade de início (anos), mediana (IIQ)               | 20 (16,0 – 24,25)           |
| Tempo de doença (anos), mediana (IIQ)               | 13 (6,0 – 22,0)             |
| Psicose não tratada (meses), mediana (IIQ)          | 6,0 (1,0 – 24,0)            |
| Número de hospitalizações, mediana (IIQ)            | 2,0 (1,0 – 4,0)             |
| Tentativas de suicídio, mediana (IIQ)               | 0,0 (0,0 – 1,0)             |
| Trabalha atualmente <sup>b</sup>                    |                             |
| Sim   | 18 (16,7)                   |
| Não   | 89(82,4)                    |
| Uso prévios de substâncias psicoativas <sup>c</sup> |                             |
| Não   | 68 (63,0)                   |
| Sim   | 40 (37,0)                   |
| Situação conjugal                                   |                             |
| Solteiro  | 78 (72,2)                   |
| Casado  | 18 (16,7)                   |
| Separado  | 11 (10,2)                   |
| Viúvo   | 1 (0,9)                     |
| Anos de estudo                                      | 10 (7,8 – 12,0)             |
| Renda do paciente                                   | 780,00 (0,00 – 880,00)      |
| Renda familiar                                      | 2000,00 (1200,00 – 3000,00) |
| Procedência <sup>d</sup>                            |                             |
| Grande Florianópolis                                | 100 (92,6)                  |
| Outros  | 7 (92,6)                    |

<sup>a</sup> Variáveis numéricas com distribuição não paramétrica estão representados em mediana (IIQ), com a normalidade dos dados definida pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. <sup>b</sup> Dados faltantes para 1 paciente. <sup>c</sup> (SPA) De acordo com anamnese. <sup>d</sup> Dados faltantes para 1 paciente.

Em relação à avaliação dos sintomas típicos do transtorno, apenas a pontuação da PANSS-BR referente aos sintomas negativos apresentou uma distribuição normal, conforme descrito na tabela 2.



**Tabela 2.** Escores da PANSS-BR de pacientes com esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (n=80)

| Variáveis <sup>a</sup> (n = 80 <sup>b</sup> ) | Distribuição    | Valor de p |
|---|-----------------|------------|
| PANSS-BR                                      |                 |            |
| Sintomas positivos, mediana (IIQ)             | 13 (9,25 – 16)  | p = 0,007  |
| Sintomas negativos, média ± DP                | 18,3 ± 6,3      | p = 0,18*  |
| Psicopatologia geral, mediana (IIQ)           | 35 (28,25 – 39) | p = 0,03   |

<sup>a</sup> Variáveis numéricas com distribuição paramétrica estão representados em média ± DP e distribuição não paramétrica em mediana (IIQ), com a normalidade dos dados definida pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. <sup>b</sup> Dados coletados de 80 sujeitos que compõem a amostra total de 108 casos. \* valor de p considerado: p ≥ 0,05

Os resultados da confirmação diagnóstica e avaliação de comorbidades, por meio da escala MINI estão detalhados na tabela 3. Nenhum dos participantes apresentou os critérios diagnósticos para anorexia, bulimia ou personalidade antissocial.

**Tabela 3.** Frequência da confirmação diagnóstica de esquizofrenia e avaliação de outras comorbidades por meio da MINI.

| Confirmação diagnóstica e comorbidades (MINI) <sup>a</sup> | Casos (válidos) |                |                | Valor de p <sup>b</sup> |
|--|-----------------|----------------|----------------|-------------------------|
|  | Homens          | Mulheres       | Total          |                         |
| Episódio depressivo maior                                  | n = 64 (59,3%)  | n = 44 (40,7%) | n = 108 (100%) | 0,12                    |
| Distímia   | 4 (3,7%)        | 5 (4,6%)       | 9 (8,3%)       | 0,35                    |
| Risco de suicídio  | 27 (25,0%)      | 16 (14,8%)     | 43 (39,8%)     | 0,54                    |
| Episódio maníaco   | 9 (8,3%)        | 11 (10,2%)     | 20 (18,5%)     | 0,15                    |
| Episódio hipomaniaco                                       | 0 (0,0%)        | 2 (1,9%)       | 2 (1,9%)       | 0,08                    |
| Transtorno do pânico                                       | 7 (6,5%)        | 3 (2,8%)       | 10 (9,3%)      | 0,47                    |
| Agorafobia   | 14 (13,0%)      | 5 (4,6%)       | 19 (17,6%)     | 0,16                    |
| Fobia social   | 9 (8,3%)        | 1 (0,9%)       | 10 (9,3%)      | 0,04*                   |
| Dependência do álcool                                      | 1 (0,9%)        | 0 (0,0%)       | 1 (0,9%)       | 0,41                    |
| Dependência de spa   | 4 (3,7%)        | 0 (0,0%)       | 4 (3,7%)       | 0,09                    |
| Abuso de spa   | 3 (2,8%)        | 2 (1,9%)       | 5 (4,6%)       | 0,97                    |
| Transtorno do humor com características psicóticas         | 3 (2,8%)        | 0 (0,0%)       | 3 (2,8%)       | 0,15                    |
| Transtorno de ansiedade generalizada                       | 6 (5,6%)        | 4 (3,7%)       | 10 (9,3%)      | 0,96                    |
| Transtorno obsessivo compulsivo                            | 8 (7,4%)        | 2 (1,9%)       | 10 (9,3%)      | 0,16                    |
| Síndrome psicótica atual                                   | 27 (25%)        | 16 (14,8%)     | 43 (39,8%)     | 0,54                    |
| Síndrome psicótica ao longo da vida                        | 57 (52,8%)      | 39 (36,1%)     | 96 (88,9%)     | 0,95                    |

<sup>a</sup> MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview DSM-IV, <sup>b</sup> Significância testada através do teste do Qui-Quadrado. \* Valor de referência: p ≤ 0,05.

Os resultados da confirmação diagnóstica por meio da MINI Plus encontram-se descritos na tabela 4. Quatro casos não foram confirmados como esquizofrenia pela MINI e MINI Plus, entretanto, de acordo com os registros encontrados nos prontuários os diagnósticos clínicos destes pacientes são: transtorno esquizoafetivo (1 caso), psicose não orgânica não especificada (1 caso) e, esquizofrenia paranóide (2 casos).

**Tabela 4.** Frequência da confirmação diagnóstica de esquizofrenia através da MINI Plus.

| Confirmação diagnóstica<br>MINI Plus <sup>a</sup> | Casos (válidos)          |                            |                         | Valor de <i>p</i> <sup>b</sup> |
|---|--------------------------|----------------------------|-------------------------|--------------------------------|
|   | Homens<br>n = 64 (59,3%) | Mulheres<br>n = 44 (40,7%) | Total<br>n = 108 (100%) |                                |
| Transtorno psicótico sem especificação            | 2 (1,9%)                 | 2 (1,9%)                   | 4 (3,7%)                | 0,70                           |
| Esquizofrenia atual                               | 38 (35,2%)               | 24 (22,2)                  | 62 (57,4%)              | 0,62                           |
| Esquizofrenia ao longo da vida                    | 59 (54,6%)               | 44 (40,7%)                 | 103 (95,4%)             | 0,06                           |
| Transtorno psicótico devido à uma condição médica |                          |                            |                         |                                |
| Sim   | 1 (0,9%)                 | 1 (0,9%)                   | 2 (1,9%)                | 0,95                           |
| Incerto   | 5 (4,6%)                 | 3 (2,8%)                   | 8 (7,4%)                |                                |
| Transtorno psicótico induzido por SPA             |                          |                            |                         |                                |
| Sim   | 2 (1,9%)                 | 1 (0,9%)                   | 6 (5,6%)                | 0,44                           |
| Incerto   | -                        | -                          | -                       |                                |

<sup>a</sup> MINI Plus = Mini International Neuropsychiatric Interview DSM-IV, <sup>b</sup> Significância testada por meio do teste do Qui-Quadrado. \* Valor de referência:  $p \leq 0,05$ .

Foram encontradas 33 diferentes medicações psicotrópicas utilizadas pelos pacientes atendidos no ambulatório de esquizofrenia. Apesar da frequência de utilização do ácido valpróico (21,3%) e do clonazepam (17,6%), estas não são medicações antipsicóticas. Vale lembrar que, uma vez que no tratamento da esquizofrenia é frequente a utilização de outros fármacos como os ansiolíticos e sedativos para potencializar o efeito da terapêutica, os pacientes podem fazer uso de mais de uma medicação ao mesmo tempo. Na tabela 5 encontram-se listadas as medicações antipsicóticas mais utilizadas pelos participantes.

**Tabela 5.** Medicações antipsicóticas mais utilizadas pelos pacientes

| Antipsicóticos        | Casos (válidos)          |                            | Total<br>n = 108 (100%) |
|-----------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------|
|                       | Homens<br>n = 64 (59,3%) | Mulheres<br>n = 44 (40,7%) |                         |
| Clozapina             | 23 (21,3%)               | 11 (10,2%)                 | 34 (31,5%)              |
| Olanzapina            | 20 (18,5%)               | 11 (10,2%)                 | 31 (28,7%)              |
| Risperidona           | 9 (8,3%)                 | 9 (8,3%)                   | 18 (16,7%)              |
| Haloperidol           | 6 (5,6%)                 | 5 (4,6%)                   | 11 (10,2%)              |
| Paliperidona          | 3 (2,8%)                 | 5 (4,6%)                   | 8 (7,4%)                |
| Haloperidol decanoato | 2 (1,9%)                 | 5 (4,6%)                   | 7 (6,5%)                |
| Quetiapina            | 2 (1,9%)                 | 4 (3,7%)                   | 6 (5,6%)                |

O fármaco mais utilizado pelos participantes da pesquisa foi a clozapina (31,5%), seguido de olanzapina (28,7%), tanto para homens quanto para mulheres. Em geral, os antipsicóticos são os mais escolhidos para o tratamento da esquizofrenia, pois são os únicos medicamentos com eficácia demonstrada principalmente em relação aos sintomas positivos (alucinações, delírios, pensamento e/ ou comportamento bizarro) (FLEISCHHACKER et al., 2014).

## DISCUSSÃO

Indo ao encontro de outras pesquisas sobre as características sociodemográficas das pessoas diagnosticadas com esquizofrenia (ALVARADO et al., 2012; CESARI;

---

BANDEIRA, 2010), destaca-se que há mais participantes do sexo masculino. O sexo pode ser considerado como um fator preditor importante e com influência na idade de diagnóstico, curso e evolução da doença. Estudos indicam que o prognóstico para mulheres é melhor em relação ao número de reinternações psiquiátricas, funcionamento social e evolução do quadro clínico (CHAVES, 2000).

Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes é solteiro, concordando com outras pesquisas (ALVARADO et. al, 2012; CARDOSO et. al, 2006). Chaves (2000) indica que os homens têm maior probabilidade de ficarem solteiros devido à idade de início da doença. Um estudo brasileiro que buscou identificar fatores associados à qualidade de vida identificou a variável estado civil como um dos fatores preditivos para maior ou menor índice de qualidade de vida. Dos homens casados, 62,5% apresentou qualidade de vida comprometida, enquanto 84,6% dos solteiros apresentou qualidade de vida muito comprometida (CARDOSO et. al 2006).

Em relação à situação ocupacional, os resultados mostraram que 16,7% dos participantes trabalham atualmente pelo menos 20 horas semanais e recebem remuneração. Estudos internacionais reportam índices de emprego que variam entre 4 e 13% (EVENSEN et al., 2016; HONKONEN; STENGARD; VIRTANEN; SALOKANGAS, 2007; TANDBERG; SUNDET; ANDREASSEN; MELLE; UELAND, 2013; TURNER et al., 2009). No Brasil, Cesari e Bandeira (2010) encontraram um índice de 20,8% de pacientes esquizofrênicos que trabalhavam. Esses resultados mostram-se relevantes, uma vez que a reabilitação no trabalho é um desafio considerável de tratamento após a doença psicótica (ALLOTT et al., 2013). Para superar as dificuldades de reinserção profissional iniciativas como os programas de emprego apoiado (*supported employment*), estão sendo implementados em vários países (ARGENTZELL; HÅKANSSON; EKLUND, 2012; CORBIÈRE et al., 2011). No Brasil, apesar dos pacientes não contarem com essas iniciativas, foram encontradas taxas de emprego maiores que de países com programas de inserção no mercado de trabalho para pacientes com esquizofrenia.

A capacidade de manter um trabalho remunerado é considerado essencial na recuperação funcional dos pacientes com esquizofrenia, uma vez que, muitas vezes, a melhora dos sintomas nem sempre é acompanhada de melhorias funcionais (ADDINGTON et al., 2010). Pesquisas mostram que as pessoas com uma doença mental geralmente percebem maior bem-estar quando se ocupam de trabalho remunerado (ARGENTZELL et al., 2012; BIO; GATTAZ, 2011).

Estudos têm associado ao aumento da vulnerabilidade à esquizofrenia e o uso de substâncias psicoativas (SPA) (CARNEY et al., 2017; MILLAN et al., 2016), em especial, o consumo de *cannabis* em idade precoce (BARNETT et al., 2007; CARNEY et al., 2017). Além disso, o uso de SPA está associado a prognósticos desfavoráveis, uma vez que pode complicar o tratamento e prejudicar a recuperação (ALBERT et al., 2017; BARNETT et al., 2007).

Nesta pesquisa, foram identificados 40 pacientes (37,0%) que reportaram o uso de SPA anterior à esquizofrenia, além de 4 casos de dependência de SPA (3,7%) e 5 casos

---

de abuso de SPA (4,6%). De acordo com o estudo de Wilson e Cadet (2009) a prevalência de abuso de substâncias entre indivíduos com diagnóstico de psicose é uma preocupação cada vez maior e os pacientes com esquizofrenia podem ter taxas de abuso de substâncias até 47% maiores do que o público em geral. Abuso de SPA e comportamento suicida representam as principais causas de sofrimento, morbidade e óbitos evitáveis especialmente entre indivíduos com esquizofrenia (CEDERLÖF et al., 2017).

Os sintomas negativos, definidos como afeto embotado, isolamento social, pensamento empobrecido, perda de interesse e perda da capacidade de sentir prazer, são elementos-chave da esquizofrenia (LINCOLN; MEHL; KESTING; RIEF, 2011), e têm sido associados à funcionalidade dos pacientes (GALDERISI ET AL., 2014; RAMSAY; STEWART; COMPTON, 2012). Na amostra estudada, o escore médio da PANSS encontrado para os sintomas negativos foi de 18,3 (DP  $\pm$  6,3), refletindo os resultados encontrados em outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento de avaliação (CHOU; MA; YANG, 2014; GALDERISI et al., 2014; GEE et al., 2016; LINCOLN et al., 2011; RAMSAY et al., 2012). Os sintomas negativos representam uma necessidade clínica significativa não satisfeita e a busca por tratamentos de maior eficácia recebeu interesse renovado nos últimos anos. Apesar disso, os mecanismos que permeiam os sintomas negativos continuam mal compreendidos e o aumento da compreensão da variação no curso dos sintomas negativos pode ajudar o entendimento dos mecanismos subjacentes à ele (GEE et al., 2016).

Os dados referentes aos sintomas positivos e os de psicopatologia geral, também avaliados pela PANSS, não apresentaram uma distribuição normal na amostra coletada, dificultando a comparação com outros achados. Tal evidência, porém, demonstra a necessidade da continuidade desta pesquisa e da ampliação número de sujeitos entrevistados para que se possa realizar análises estatísticas mais robustas (AGRESTI; FINLAY, 2012; DANCEY; REIDY, 2006).

Este estudo também indicou um alto nível de risco de suicídio entre os participantes. A MINI indicou que 39,8% da amostra possui algum risco de suicídio e que, segundo Chaves (2000), é mais frequente no sexo masculino e está associado com desesperança, depressão e falta de expectativas. Sintomas e comportamentos depressivos são frequentes em todas as fases da esquizofrenia e associam-se a vários aspectos negativos do desfecho clínico, elevando a taxa de recaídas, pior qualidade de vida e suicídio (CERDELOF, 2017; BRESSAN, 2000).

O fármaco mais utilizado pelos participantes da pesquisa foi a clozapina (31,5% da amostra), considerada um antipsicótico atípico, e que pode reduzir efetivamente os sintomas psicóticos em pacientes com esquizofrenia. Diferente dos fármacos típicos, há evidências de que a clozapina diminui o uso de drogas para pacientes com esquizofrenia (AKERMAN, 2014), embora possua efeitos colaterais, tais como o aumento de peso, sedação e déficit na produção de hemoglobina, fazendo com que seja necessário exames periódicos para manutenção da medicação (AKERMAN, 2014; MILLAN, 2016). Alguns estudos também apontam para a eficácia da medicação na prevenção e extinção de

comportamentos suicidas para pacientes esquizofrênicos (SILVA; PEREIRA,; ROZENTHAL; ELKIS, 2001; SILVA; LOVISI; VERDOLIN; CAVALCANTI, 2012).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se que as variáveis sexo e estado civil estão de acordo com que a literatura indica, que em geral, há maior predominância do sexo masculino e a maioria das pessoas com esquizofrenia é solteira. A maior parte dos participantes não trabalha, mas ainda assim cerca de 16% dos participantes tem um emprego remunerado. Os escores de sintomas negativos obtidos nesta pesquisa através da PANSS estão de acordo com outros estudos. O medicamento mais utilizado é a clozapina, um antipsicótico atípico, que possui evidências de eficácia em sintomas positivos e negativos e para modulação de comportamentos suicidas.

## REFERÊNCIAS

- ADDINGTON, J.; PISKULIC, D.; MARSHALL, C. Psychosocial Treatments for Schizophrenia. **Current Directions in Psychological Science**, Special Issue on Schizophrenia, v. 19, n.4 p. 260–263, 2010.
- AGRESTI, A.; FINLAY, B. **Métodos Estatísticos para as Ciências Sociais**. 4. ed. Porto Alegre: Penso, 2012
- ALBERT, N.; GLENTHØJ, L. B.; MELAU, M.; JENSEN, H.; HJORTHØJ, C.; NORDENTOFT, M. Course of illness in a sample of patients diagnosed with a schizotypal disorder and treated in a specialized early intervention setting. Findings from the 3.5 year follow-up of the OPUS II study. **Schizophrenia Research**, v. 182, p. 24–30, abr. 2017.
- ALLOTT, K. A.; YUEN, H. P.; GARNER, B.; BENDALL, S.; KILLACKEY, E. J.; ALVAREZ-JIMENEZ, M.; ... PHILLIPS, L. J. Relationship between vocational status and perceived stress and daily hassles in first-episode psychosis: an exploratory study. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 48, n.7, p.1045–1052, jul. 2013.
- ALVARADO, R.; TORRES GONZÁLEZ, F.; SCHILLING, S.; ALVARADO, F.; DOMÍNGUEZ, C.; KÜSTNER, B. M.; ALISTE, F. Factors associated with unmet needs in individuals with schizophrenia in Chile. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, m.4, p. 466–472, 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition - DSM-5**. 5. ed. Washington: Ed. American Psychiatric Association, 2013.
- AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n.3, p. 106-115, 2000.

ARGENTZELL, E.; HÅKANSSON, C.; EKLUND, M. Experience of meaning in everyday occupations among unemployed people with severe mental illness. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, v. 19, n.1, p. 49–58, jan 2012.

BARNETT, J. H.; WERNERS, U.; SECHER, S. M.; HILL, K. E.; BRAZIL, R.; MASSON, K., ... JONES, P. B. Substance use in a population-based clinic sample of people with first-episode psychosis. **British Journal of Psychiatry**, v. 190, p. 515–520, jun, 2007

BIO, D. S.; GATTAZ, W. F. Vocational rehabilitation improves cognition and negative symptoms in schizophrenia. **Schizophrenia Research**, v. 126, n.1-3, p. Ago, 265–269, 2011.

CARDOSO, C. S.; CAIAFFA, W. T.; BANDEIRA, M.; SIQUEIRA, A. L.; ABREU, M. N. S.; FONSECA, J. O. P. Qualidade de vida e dimensão ocupacional na esquizofrenia: uma comparação por sexo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p. 1303-1314, jun, 2006.

CARNEY, R.; YUNG, A. R.; AMMINGER, G. P.; BRADSHAW, T.; GLOZIER, N.; HERMENS, D. F.; ... PURCELL, R. Substance use in youth at risk for psychosis. **Schizophrenia Research**, v.181, p. 23–29, 2017.

CEDERLÖF, M.; KUJA-HALKOLA, R.; LARSSON, H.; SJÖLANDER, A.; ÖSTBERG, P.; LUNDSTRÖM, S.; ... LICHTENSTEIN, P. A longitudinal study of adolescent psychotic experiences and later development of substance use disorder and suicidal behavior. **Schizophrenia Research**, v.181, p. 13–16, mar, 2017.

CESARI, L.; BANDEIRA, M. Avaliação da qualidade de vida e percepção de mudança em pacientes com esquizofrenia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro v. 59, n.4, 293–301, 2010.

CHAVES, A. C. Diferenças entre os sexos na esquizofrenia. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n.1, p. 21–22, mai, 2000.

CHOU, C.-Y.; MA, M.-C.; YANG, T.-T. Determinants of subjective health-related quality of life (HRQoL) for patients with schizophrenia. **Schizophrenia Research**, v. 154, n.1–3, 83–88, abr, 2014.

CORBIÈRE, M.; ZANIBONI, S.; LECOMTE, T.; BOND, G.; GILLES, P. Y.; LESAGE, A.; GOLDNER, E. Job acquisition for people with severe mental illness enrolled in supported employment programs: A theoretically grounded empirical study. **Journal of Occupational Rehabilitation**, v. 2, n.1-3, p. 342–354, set, 2011.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DANCEY, C. P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para Psicologia**. Porto Alegre. Ed. Artmed, 2006.

EVENSEN, S.; WISLØFF, T.; LYSTAD, J. U.; BULL, H.; UELAND, T.; FALKUM, E. Prevalence, Employment Rate, and Cost of Schizophrenia in a High-Income Welfare Society: A Population-Based Study Using Comprehensive Health and Welfare Registers. **Schizophrenia Bulletin**, v. 42, n.2, p. 476–483, 2016.

---

FLEISCHHACKER, W. W.; ARANGO, C.; ARTEEL, P.; BARNES, T. R., CARPENTER, W.; DUCKWORTH, K.; ... WOODRUFF, P. Schizophrenia--time to commit to policy change. **Schizophr Bull**, v. 40, n.3, p. 165-94, abr, 2014.

GALDERISI, S.; ROSSI, A.; ROCCA, P.; BERTOLINO, A.; MUCCI, A.; BUCCI, P.; ... BIRINDELLI, N. The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. **World Psychiatry**, v. 13, n.3, p. 275–287, out, 2014.

GEE, B.; HODGEKINS, J.; FOWLER, D.; MARSHALL, M.; EVERARD, L.; LESTER, H.; ... BIRCHWOOD, M. The course of negative symptom in first episode psychosis and the relationship with social recovery. **Schizophrenia Research**, v. 174, n.1–3, p. 165–171, jul, 2016.

HONKONEN, T.; STENGARD, E.; VIRTANEN, M.; SALOKANGAS, R. K. Employment predictors for discharged schizophrenia patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, v. 42, n.5, p.372–380, 2007.

INSEL, T. R. **Rethinking schizophrenia**. *Nature*, v. 468, n.7321, p. 187-193, nov, 2010.

KAY, S. R., FISZBEIN, A.; OPLER, L. A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. **Schizophr Bull**, v. 13, n.2, p. 261–276, 1987.

KIRKBRIDE, J. B.; FEARON, P.; MORGAN, C.; DAZZAN, P.; MORGAN, K., TARRANT, J.; ... JONES, P. B. Heterogeneity in Incidence Rates of Schizophrenia and Other Psychotic Syndromes. **Archives of General Psychiatry**, v. 63, n.3, p. 250, mar, 2006.

LINCOLN, T. M.; MEHL, S.; KESTING, M.-L.; RIEF, W. Negative Symptoms and Social Cognition: Identifying Targets for Psychological Interventions. **Schizophrenia Bulletin**, v. 37, n. 2, p. S23–S32, set, 2011.

MILLAN, M. J.; ANDRIEUX, A.; BARTZOKIS, G.; CADENHEAD, K.; DAZZAN, P.; FUSAR-POLI, P.; ... WEINBERGER, D. Altering the course of schizophrenia: progress and perspectives. **Nature Reviews Drug Discovery**, v. 15, n.7, p. 485–515, jul, 2016.

RAMSAY, C. E.; STEWART, T.; COMPTON, M. T. Unemployment among patients with newly diagnosed first-episode psychosis: prevalence and clinical correlates in a US sample. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, 47(5), 797–803, mai, 2012.

ROY A. Relationship between depression and suicidal behavior in schizophrenia. In: DeLisi, L. E (ed.). **Depression in schizophrenia**. Washington (DC): American Psychiatric Press, 1990.

SHEEHAN, D. V; LECRUBIER, Y.; SHEEHAN, K. H.; AMORIM, P.; JANAVS, J.; WEILLER, E.; ... DUNBAR, G. C. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. **J Clin Psychiatry**, v. 59, n. 2, p. 22–57, 1998.

SILVA, C. E. R. E.; PEREIRA, B. B.; ROZENTHAL, M.; ELKIS, H. Estudo-piloto com clozapina em hospital público: resultados de um ano de acompanhamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 23, n. 4, p. 180–187, 2001.

SILVA, T. F. C.; LOVISI, G. M.; VERDOLIN, L. D.; CAVALCANTI, M. T. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes do espectro esquizofrênico: uma revisão sistemática da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 61, n.4, p. 242–251, 2012.

TANDBERG, M.; SUNDET, K.; ANDREASSEN, O. A.; MELLE, I.; UELAND, T. Occupational functioning, symptoms and neurocognition in patients with psychotic disorders: investigating subgroups based on social security status. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 48, n. 6, p. 863–874, jun, 2013.

TURNER, N.; BROWNE, S.; CLARKE, M.; GERVIN, M.; LARKIN, C.; WADDINGTON, J. L.; O'CALLAGHAN, E. Employment status amongst those with psychosis at first presentation. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol**, v. 44, n.10, p. 863–869, out, 2009.

VEDANA, K. G. G.; MIASSO, A. I. The meaning of pharmacological treatment for schizophrenic patients. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n.4, p. 670–678, 2014.

WILSON, N.; CADET, J. L. Comorbid Mood, Psychosis, and Marijuana Abuse Disorders: A Theoretical Review. **Journal of Addictive Diseases**, v. 28, n.4, p. 309–319, out, 2009.

ZOGHBI, A. W.; LIEBERMAN, J. A. Alive but not well: the limited validity but continued utility of the concept of schizophrenia. **Psychological medicine**, v. 48, n. 2, p. 245-246, 2018.



# INFLUÊNCIA DE FATORES DE PROTEÇÃO E DE RISCO NA RESILIÊNCIA E NA ADESÃO AO TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS EM MULHERES<sup>1</sup>

## INFLUENCE OF PROTECTIVE AND RISK FACTORS ON RESILIENCE AND ADHERENCE TO TREATMENT OF DIABETES MELLITUS IN WOMEN

Juliana Cristina Lessmann Reckziegel<sup>2</sup>  
Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva<sup>3</sup>  
Mireli Maria Crestani<sup>4</sup>  
André Carlos Betiatto<sup>5</sup>  
Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha<sup>6</sup>  
Mágada Tessmann Schwalm<sup>7</sup>

Recebido em: 04 jun. 2017  
Aceito em: 18 jun. 2018

**RESUMO:** Conviver com o Diabetes Mellitus pode ser um fator de risco pela complexidade e repercussões do tratamento, sendo que a promoção da resiliência contribui para a redução dos impactos negativos e para o viver melhor. **Objetivo:** Compreender os fatores de proteção e de risco no cotidiano de mulheres na perspectiva da resiliência e da adesão ao tratamento do diabetes mellitus. **Método:** Estudo qualitativo interpretativo, realizado em Florianópolis/Brasil, contemplando dez reuniões de grupo de convivência e entrevistas em profundidade pré e pós-grupo, das quais participaram nove mulheres com diabetes. **Resultados e discussões:** Emergiram duas categorias e seis subcategorias, destacando que fatores de proteção fortalecem a resiliência e a adesão ao tratamento por ampliar o cuidado de si e a manutenção da vida social ativa. Ao contrário, os fatores de risco, como discriminação e violência de gênero têm repercussões negativas na adesão ao tratamento. **Conclusões:** A promoção da resiliência desvela-se como estratégia inovadora para o cuidado e ampliação da adesão ao tratamento do diabetes em mulheres. **Palavras-chave:** Resiliência psicológica. Diabetes mellitus. Adesão. Enfermagem. Doença crônica.

**ABSTRACT:** Living with Diabetes Mellitus can be a risk factor due to the complexity and consequences of treatment, considering that the promotion of resilience helps to reduce the negative impacts and to live better. **Objective:** Understanding the

---

<sup>1</sup> Esse manuscrito faz parte da Tese de Doutorado intitulada “Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres”. Foi desenvolvida com auxílio financeiro do CNPq.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem. Docente na Universidade do Planalto Catarinense. E-mail: [julianalessmann@gmail.com](mailto:julianalessmann@gmail.com).

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Docente no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2. E-mail: [denise.guerreiro@ufsc.br](mailto:denise.guerreiro@ufsc.br).

<sup>4</sup> Mestranda em Ambiente e Saúde. Discentes na Universidade do Planalto Catarinense. E-mail: [mi.crestani@yahoo.com](mailto:mi.crestani@yahoo.com).

<sup>5</sup> Mestrando em Ambiente e Saúde. Discentes na Universidade do Planalto Catarinense. E-mail: [go2themax@hotmail.com](mailto:go2themax@hotmail.com).

<sup>6</sup> Doutor em Ciências Biomédicas. Docente na Universidade Alto Vale do Rio do Peixe. E-mail: [ricelliendrigo@yahoo.com.br](mailto:ricelliendrigo@yahoo.com.br).

<sup>7</sup> Doutora em Ciências da Saúde. Docente na Universidade do Extremo Sul Catarinense. E-mail: [magada@unes.net](mailto:magada@unes.net).

---

protective and risk factors in everyday life of women in the perspective of resilience and adherence to treatment of diabetes mellitus. **Method:** An interpretive qualitative study, carried out in Florianópolis, Brazil, covering ten meetings of the social group, and in-depth interviews pre and post-group, attended by nine women with diabetes.

**Results and discussions:** Two categories and six subcategories emerged, emphasizing that protective factors strengthen the resilience and adherence to treatment by expanding the autonomy, self-care and keeping an active social life. Rather, the risk factors such as discrimination and gender violence have a negative impact on treatment adherence. **Conclusions:** Promoting resilience is revealed as an innovative strategy for the care and expansion of adherence to diabetes treatment in women.

**Keywords:** Psychological resilience. Diabetes mellitus. Adherence. Nursing. Chronic disease.

## INTRODUÇÃO

Conviver com uma doença crônica como o Diabetes Mellitus (DM) pode gerar abalos de ordem emocional, como sentimentos negativos relacionados à privação alimentar e medo da morte; de ordem biológica como complicações no sistema vascular, olhos e rins; além de alterações no cotidiano decorrentes das necessidades de novas práticas de cuidados em saúde (PONTIERI, BACHION, 2010). O caráter intermitente, a complexidade das ações, a necessidade de novos aprendizados, as constantes alterações nas terapêuticas, a ocorrência de crises agudas, o ônus financeiro e o próprio controle diário da doença são alguns dos elementos apontados como geradores de frustração, cansaço e descontentamento, favorecendo a descontinuidade e baixa adesão ao tratamento (ADA, 2017; SBD, 2017; PONTIERI, BACHION, 2010).

Além dessas dificuldades, existem outros aspectos que podem influenciar no cuidado de si em mulheres com DM, destacando-se as histórias de sofrimento e as questões normativas de gênero como: a submissão, a dependência financeira, as brigas familiares, a elevada carga de trabalho doméstico e a responsabilidade pelo cuidado dos membros da família em detrimento de seu próprio cuidado (SILVA, HEGADOREN, LASUIK, 2012).

Vivenciar situações adversas e/ou fatores de risco podem mobilizar reações negativas de tristeza, sofrimento e desencorajamento, demandando a busca por condições melhores para o viver (LABRONICI, 2012). Por outro lado, algumas situações são potencialmente benéficas, ajudando na mudança e na adaptação positiva frente ao risco, sendo identificadas como fatores de proteção. Cada pessoa reconhece seus fatores de proteção e confere características subjetivas e particulares a eles (HILLIARD; HARRIS; WEISSBERG-BENCHELL, 2012). Assim, o que pode ser um fator de proteção para um, não necessariamente exerce tal influência em outro indivíduo. Os fatores de proteção podem ser individuais, como a autoestima positiva; familiares, como a estabilidade de relacionamentos; ou de suporte social, expressos nas redes de apoio efetivas e acessíveis (CASTRO, 2009; HILLIARD; HARRIS; WEISSBERG-BENCHELL, 2012).

A interação entre fatores de risco e de proteção, o desejo de superar adversidades e de encontrar novas perspectivas para o viver melhor dá lugar à resiliência (SALES; SOUGEY, 2012), reconhecida como “capacidade de suportar, de adaptar-se e conviver de forma harmônica, desenvolvida frente às situações de adversidade e/ou estresse” (RECKZIEGEL, 2014, p.42). Destaca-se que a resiliência não é uma característica inata, sendo desenvolvida em cada indivíduo de maneira peculiar, porém de forma determinante para o enfrentamento das dificuldades cotidianas (CASTRO, 2009; RUTTER, 1999).

Assim, este estudo teve como objetivo: **compreender os fatores de proteção e de risco no cotidiano de mulheres na perspectiva da resiliência e da adesão ao tratamento do diabetes mellitus.**

## MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo interpretativo, desenvolvido em um Centro de Saúde (CS) localizado na cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina, Brasil. A escolha do local de pesquisa considerou os resultados do estudo quantitativo, que apontou que as mulheres residentes na área de abrangência do CS possuíam baixos escores de resiliência em comparação a outras localidades na mesma cidade.

O processo de coleta de dados iniciou com a realização a captação e seleção mulheres com DM, que após a ciência dos objetivos e métodos consentiram em participar da pesquisa. A amostragem da pesquisa foi de nove participantes. As mulheres foram entrevistadas, individualmente, no domicílio e posteriormente participaram de 10 reuniões de grupo de convivência. Após o término das atividades de grupo, foram novamente entrevistadas individualmente. As entrevistas foram em profundidade, privilegiando o diálogo e a conversa livre como principal elemento norteador, sendo focalizados os relatos do viver e conviver com o DM. Nesses relatos destacaram-se estratégias de cuidado e controle do DM, sentimentos e percepções sobre a vida, trajetórias anteriores e possibilidades futuras. Também foram abordados sentimentos e percepções de cada mulher sobre si, sua família e componentes de sua rede de relações.

A operacionalização do grupo de convivência seguiu as recomendações descritas por Silva et al. (2005), levando em consideração a comunicação aberta, circular e em complementaridade (MINICUCCI, 2007), com ênfase no desenvolvimento da resiliência para o manejo de problemas individuais e coletivos relacionados ao processo de viver, ser saudável e envelhecer com uma doença crônica. Também foi utilizada a proposta de Paulo Freire acerca dos Círculos de Cultura, que possibilitou a aproximação de pessoas com objetivos comuns e com o propósito de estabelecer um processo de ensino-aprendizagem a partir de elementos culturais e/ou educacionais (FREIRE, 2011).

As entrevistas em profundidade tiveram duração de 60 a 130 minutos, e as reuniões de grupo duraram de 90 a 130 minutos, sendo o áudio gravado e posteriormente transcrito. Imediatamente após o término de cada atividade foram realizadas notas em diário de

campo, destacando os principais aspectos ocorridos e as percepções da pesquisadora, o período de realização das atividades de coleta de dados foi de em 01 de outubro de 2011 a 01 de abril de 2012. Após seguiu-se para o período de análise dos dados. Para tal os textos foram transcritos, sendo realizadas leituras atentas e em profundidade, seguidas de codificação linha-a-linha utilizando como ferramenta o Atlas.Ti 7. (2012). Neste foram elaboradas pré-categorias com abordagem mais ampla sobre o fenômeno estudado, que foram reanalisadas para a elaboração das categorias. Esse processo fundamentou-se na análise de conteúdo dirigida, sendo realizada considerando o referencial pré-selecionado - a resiliência, os fatores de risco e de proteção - com o intuito de “validar ou estender conceitualmente um quadro teórico ou teoria” [tradução nossa] (HSIEH, SHANNON, 2005, p. 1279).

Foram assegurados os aspectos éticos, que garantiram sigilo e impessoalidade previstos na resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde e complementares, incluindo o oferecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovada sem restrições no processo número nº2056/2011 (FR432556). Para manter o sigilo dos dados, o nome das participantes foi suprimido, sendo substituídos pela letra M, seguido de um número que variou de um a nove.

## RESULTADOS

Os dados permitiram o reconhecimento de duas categorias e seis subcategorias que estão apresentadas no Quadro 1, seguidas pela explanação detalhada dos elementos que as compõem.

**Quadro 1:** Fatores de proteção e de risco relacionados à resiliência e à adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres. Florianópolis, 2014

| Categoria 1: Fatores de proteção para o fortalecimento da resiliência e da adesão ao tratamento do DM  |  |  |
|--|--|--|
| Subcategorias  |  |  |
| Percebendo-se vencedora frente aos problemas da vida, relacionados com:<br><br>A família;<br>O tratamento do DM;<br>A doença;<br>O envelhecimento. | Assumindo a gestão de sua vida e fortalecendo sentimentos de felicidade e utilidade, relacionados com:<br><br>Ser filha, mãe, esposa, avó e cuidadora;<br>Autonomia para ajudar e ser ajudada. | Mantendo a vida social ativa, relacionada com:<br><br>Sentir prazer;<br>Cuidar de si;<br>Participar de atividades coletivas;<br>Ter tempo e autonomia para cuidar de si. |

---

Categoria 2: Fatores de risco geradores de redução da resiliência e da adesão ao tratamento do DM

---

**Subcategorias**

|  |   |  |
|--|---|--|
| Descuidando de si e do DM, relacionados com:<br><br>Não ter tempo livre;<br>Ter muita responsabilidade com os outros;<br>Desistir de si para cuidar de outros. | Sentindo desmotivação e desestímulo, relacionados com:<br><br>Processo de envelhecimento;<br>Presença de limitações físicas decorrentes do tratamento do DM;<br>Solidão e falta de apoio emocional. | Vivenciando problemas familiares e discriminação de gênero, relacionados à:<br>Desvalorização das mulheres pela família e sociedade;<br>Dependência financeira da família;<br>Exposição à violência psicológica. |
|--|---|--|

## FATORES DE PROTEÇÃO PARA O FORTALECIMENTO DA RESILIÊNCIA E DA ADESÃO AO TRATAMENTO DO DM

Os fatores de proteção destacaram-se nas falas das mulheres como elementos do cotidiano que as deixavam fortalecidas para cuidarem de si e cumprirem as demandas terapêuticas do DM. Ficou evidenciado que em situações de estabilidade as mulheres estavam mais disponíveis para si mesmas e consideravam ser mais fácil enfrentar o processo de viver com uma doença crônica.

Quando mencionavam fatores de proteção ocorriam alterações nos discursos, fugindo de posturas pessimistas relacionadas à doença, seguindo para estados de alegria e declarações de que o diabetes representava um problema com o qual podiam lidar.

Nessa categoria encontramos relatos de fatores de proteção de vários âmbitos, fortemente conectados com os sentimentos de êxito na superação de problemas, cuidado de si, e autonomia para o viver cotidiano, que influenciaram positivamente na adesão ao tratamento do diabetes.

### **Percebendo-se vencedora frente aos problemas da vida**

Conviver com o diabetes mellitus foi comumente comparado a uma jornada sem fim, que, em muitos momentos, é extenuante e consideravelmente frustrante. Porém, as mulheres destacaram que as famílias as acompanhavam nesse processo, acolhendo suas necessidades e compartilhando os cuidados. As mulheres mais felizes com seus companheiros e familiares destacavam o senso de solidariedade e que, em muitas situações, os familiares também seguiam o plano alimentar e faziam as atividades físicas, fator que contribuía muito com a prática regular dessas ações.

A presença ativa da família no auxílio ao deslocamento para a realização de consultas em saúde, aquisição de medicamentos e insumos foram destacadas como qualidades extremamente positivas, que mostravam carinho e reconhecimento do valor das mulheres na família. Apontaram que quando a família participava do cuidado, as ações eram mais fáceis de serem executadas e avaliadas criticamente, pois familiares também acompanhavam a rotina das mulheres e apontavam falhas no cuidado do DM, aguardando

modificações. Os achados estão evidenciados nas falas a seguir:

Quando você passa por qualquer situação na vida que você tem apoio dos teus pais, dos teus filhos, da tua família toda, tudo fica mais fácil. Eu vim do hospital e fiquei na casa das minhas irmãs, depois eu fui para minha casa. Elas cuidaram de mim, fizeram tudo. Depois em casa, meu marido e meus filhos cuidaram de mim. Por isso eu tenho que agradecer a Deus. Eu tenho uma família que me apoia (M6).

Meus filhos cobram bastante sobre o tratamento do meu diabetes. Todos eles vão à academia e também querem que eu me exercite. Ainda bem, porque daí a gente tem um incentivo, senão você vai ficando parada. Os meus filhos me dizem: - Mãe, você ainda não foi caminhar? Vai caminhar, vai, vai. (M7).

Só de me tratar com carinho eles (os filhos) já estão me ajudando! Ah, eu fico mais contente, mais sorridente (M5).

O sentimento de superação de problemas esteve muito relacionado às questões normativas de gênero, destacando o fato de conseguir sobreviver, criar filhos, cuidar da casa, dos companheiros e de pais idosos. As mulheres que relataram êxito em suas relações com a família descreveram-se como felizes e contentes com sua idade e seu estágio vital. Também percebiam-se bonitas, amadas e respeitadas por seus filhos, que, na maioria dos casos, já eram adultos e não dependiam mais delas para sobreviverem. No entanto, esses sentimentos não eram constantes e só relatados em situações de estabilidade em suas relações familiares.

A presença de sentimentos positivos foi atrelada a maior facilidade de lidar com problemas, sendo que nas situações em que a resiliência estava fortalecida, as mulheres relatavam que aderiam melhor ao tratamento do DM e sentiam-se bem por cuidarem de si.

Em alguns dias eu me irritado e acho minha vida ruim, mas daí eu penso: Meu Deus tem tanta gente pior, que está em cadeia de rodas e tudo. Daí eu paro e penso: Eu caminho, eu vou à ginástica, eu posso andar de ônibus. Na mesma hora que me irritado eu agradeço a Deus por conseguir fazer o almoço quando meus filhos me visitam (M4).

Eu vou levando essa vida, um dia bom, outro dia ruim, outro dia rindo, ainda hoje olha o que inventei... a renda de bilro. Mesmo que enxergo mal, eu ainda posso fazer o bordado bonito (M2).

### **Assumindo a gestão de sua vida e fortalecendo sentimento de felicidade/utilidade.**

Nesta subcategoria observou-se que o cumprimento das atribuições normativas de gênero relacionadas ao ser filha, mãe, esposa e avó fortaleceu os sentimentos de felicidade e satisfação em relação às ações desenvolvidas ao longo da vida, mesmo que façam com que as mulheres tenham pouco tempo para si e para o cuidado do DM. Destacaram que habilidades de gestão da própria vida, como liberdade para visitar filhos e netos; capacidade de cuidar da casa e fazer atividades domésticas; acesso às decisões sobre as finanças familiares; disponibilidade financeira e de tempo para oferecer auxílio aos familiares como o cuidado direto de netos pequenos, fazia com que se sentissem capazes no desempenho de suas atribuições.

A autonomia para a tomada de decisões, somada à condição física para

desempenhar suas atividades favorecia a oferta de suporte para a família. Porém, relatavam que reconheciam suas limitações e que também desejavam ser cuidadas e amparadas por seus familiares. Essa alteração da condição de provedora para receptora de cuidados era reconhecida positivamente e até vista como uma forma de reconhecimento das mulheres, por aceitarem estar vinculadas a uma rede de cuidado recíproco e que se fortalece com a troca.

Destacaram que o sentimento de “dever cumprido” esteve fortemente vinculado às situações de estabilidade, respeito mútuo, solidariedade entre familiares e amigos próximos com o estabelecimento de redes de apoio efetivas e que forneciam suporte para que a família desenvolva-se conjuntamente, conforme descrito nas falas:

Fico feliz, pois criei meus filhos e agora todos estão trabalhando, só tenho que agradecer a Deus todos os dias. Eles não bebem, não fumam, são amigos. Agora só estamos esperando que futuramente venham os netinhos (M6).

Ser mãe foi a melhor coisa que aconteceu comigo, eu programei as duas filhas, fiquei muito encantada pelas duas meninas e cuidei muito das duas e acho que cuido ainda. Eu fazia tudo por elas e isso me deixava feliz (M3), o problema é que não tinha tempo para mim. Mas estou aprendendo a lidar. Estou conseguindo cuidar delas e elas também cuidam de mim.

Já estou com 25 anos de diabetes, algumas coisas eu já aprendi e já sei cuidar um pouco mais de mim, mas ajuda é sempre bom (M7).

### **Mantendo a vida social ativa**

Participar de atividades em grupos de convivência, de idosos, de ginástica e grupos de oração foram considerados como fortalecedores da rede de relacionamentos, favorecendo a troca de experiências e motivando as mulheres para a adesão ao tratamento do DM. Essas trocas favoreciam novas descobertas e alternativas para dificuldades enfrentadas na vida e no manejo da doença. Relataram que permanecer com o grupo permitia refletir sobre a real gravidade dos próprios problemas em comparação com os problemas das demais colegas.

O diálogo foi apontado como fortalecedor da autonomia, por trazer conhecimentos e ampliar possibilidades de cuidar de si, além de ser visto como forma de alívio do estresse e fonte de prazer, de interação e de diversão. Manter-se conectada com familiares, amigos, vizinhos e colegas de grupo foi considerado pelas mulheres como gerador de sensação de amparo, segurança e de motivação para cuidarem de si e do seu DM. Os achados estão evidenciados nas falas a seguir:

Eu não me intimidei, fazia pouco tempo que tinha feito a cirurgia (retirada de tumor de mama), mas ergui minha cabeça e fui. Estou me reerguendo, comecei a participar do grupo de idosos e é bem legal. Também participo do grupo de ginástica. Agora estou mais feliz e até meu diabetes melhorou (M8).

Eu sou católica, mas às vezes vou à igreja, rezo em casa, peço ajuda para Deus e ele me deixa viver, me deixa forte (M2).

Quando faço minha caminhada vou conversando com todo mundo e fico bem faceira. A gente se distrai conversando, fica bem com as coisas. Quando vejo que tenho um

problema, saio caminhar e quando vejo já esqueci.. É tão bom!(M5).

## FATORES DE RISCO VINCULADOS À REDUÇÃO DA RESILIÊNCIA E DA ADESÃO AO TRATAMENTO DO DM

A segunda categoria desse estudo trata dos fatores de risco, ou seja, dos elementos perturbadores da homeostase da vida e capazes de interferir ou até mesmo impedir o cuidado de si e, conseqüente, dificultam a adesão ao tratamento do DM. Observamos grande volume de fatores de risco sociais, principalmente vinculados à rede familiar, que apresentavam intensidades distintas, ocorrendo em momentos pontuais ou de repetição, porém com uma característica em comum: a redução da vontade das mulheres de engajarem-se no cuidado do DM. Os dados dessa categoria foram organizados em três subcategorias, sendo que seus elementos e conexões com a adesão ao tratamento do DM.

### **Descuidando de si e do DM**

O cuidado com a saúde, com o corpo, com o DM e com os sentimentos foi pontuado como fundamental para o viver bem, mas também foi deixado de lado em vários momentos por essas mulheres. Apontaram que a falta de tempo; a elevada carga de trabalho doméstico; a necessidade de fazer trabalhos extras para a complementação da renda familiar; e o tempo empregado para o cuidado de familiares doentes e de crianças impedidas de cuidarem de si.

As falas mostraram que as mulheres com DM têm falta de tempo para exercitarem-se, para adquirir e preparar alimentos e fazer refeições com intervalo de tempo conforme recomendado pelo médico e, em casos extremos, relataram falta de tempo para buscar os medicamentos distribuídos gratuitamente no Centro de Saúde.

As mulheres colocaram que cuidavam pouco de si por cansaço, mas também pela falta de motivação que sentiam ao vivenciar eventos estressantes. Relataram que priorizavam o cuidado de familiares, a realização de afazeres domésticos e de atividades sob sua responsabilidade, em detrimento da realização do tratamento do DM, segundo falas a seguir:

Eu era do grupo da terceira idade antes de dar um derrame nele (marido), mas eu ainda tinha meu pai para cuidar. Então como eu ia deixar os dois sozinhos? Daí eu tive que sair do grupo (M1).

Eu já fui convidada para fazer caminhada e ir à ginástica, mas eu disse que não posso ir. Eu tenho que cuidar da casa, das cabras, cortar capim, então tenho que ficar em casa (M2).

O médico disse que eu consegui retardar bastante o uso da insulina, pois fazia caminhadas, mas agora não faço mais. Quando eu tinha cinquenta anos o médico suspeitou de um câncer de tireoide e resolveu operar. Não era nada, mas eu fiquei tão estressada por achar que eu tivesse câncer que, logo depois, tive que começar a usar insulina. Desde então não consegui me adaptar e achar um ponto de equilíbrio (M3).



## **Sentindo desmotivação e desestímulo**

O cuidado do DM foi reconhecido como cansativo, oneroso financeiramente, de difícil realização e restritivo, como já destacado anteriormente. A dificuldade de efetuar-lo mostrou-se acompanhada de sensação de frustração e negligência com a própria saúde.

Sentimentos de derrota e inabilidade para cuidar do DM apresentavam-se exacerbados nos períodos de realização de exames e consultas com a equipe de saúde, quando eram apontadas as falhas cometidas pelas mulheres. Também foi relatado medo de morrer e de desenvolver comorbidades relacionadas ao DM que acarretassem em perda da autonomia e controle da própria vida.

Ah, eu gostava do médico que me atendia, mas dessa vez ele veio e me disse que eu estava com o diabetes alterado e que tinha que me cuidar mais. Fiquei chateada, senti que cuido pouco de mim, que estou jogando minha vida fora. Agora não quero mais consultar com ele, não vou mais lá (M7).

Era para fazer o teste de glicose todos os dias e anotar, foi o que a médica pediu. No início eu anotei, depois já não anotei mais, era muito cansativo e triste ver tantos resultados alterados. Só faço o teste uma vez ou outra, só faço quando sinto que o diabetes está bem alto, para ver se preciso de mais insulina (M1).

O médico perguntou que leite eu tomo, e eu disse que era leite de cabra, daí ele perguntou se eu comia carne de cabra também? Eu disse que comia quando tinha carne. Aí ele me disse que eu estava fazendo tudo errado. Então eu respondi: - Se eu não como eu morro de fome, então se eu morrer do diabetes, pelo menos morro de barriga cheia (M2).

Os depoimentos evidenciaram que a dificuldade de lidar com o envelhecimento e com as alterações corporais, metabólicas e sexuais, deixavam as mulheres descontentes, desmotivadas e ainda menos envolvidas no cuidado de si, exacerbando o sentimento de insatisfação consigo mesma. Mesmo que em algumas situações sentiam-se bem com seu corpo, mas, para muitas, eram sentimentos momentâneos.

A solidão, a morte de familiares, a falta de apoio emocional e de oportunidade para expressar seus sentimentos foram apontados como fragilizadores do viver cotidiano, sendo causadores de tristeza intensa e questionamentos sobre as condutas relacionadas às atribuições de gênero, conforme destacado nas falas:

Eu sempre fui magra, mas agora estou me achando tão gorda. No início isso não me incomodava, mas agora fico chateada, me sinto feia e tenho menos vontade de fazer as coisas (M5).

Quando vejo que não consigo fazer as coisas e cuidar do diabetes eu me sinto muito triste. Fico com vontade de dormir, desanimada. Então caminhar daqui até lá embaixo parece que ser um peso, daí eu penso e acabo indo de carro. Então me sinto fracassada e triste. Mas o que eu vou fazer? Não tenho ninguém para falar, não posso desabafar (M3).

Perdi minha mãe há cinco anos, logo depois faleceu minha irmã. Há um ano meu irmão amputou a perna e eles sofreram muito, eles também tinham diabetes. Mas quando perdi meu genro em um acidente, fiquei muito abalada. Sofri muito, perdi a vontade de viver. Mas eu sei que tenho que levar minha vida, levantar minha cabeça e cuidar de mim, mas não é fácil. Foi muita coisa junta (M8).

## Vivenciando problemas familiares e discriminação de gênero

Infelizmente situações de desvalorização das mulheres ainda estavam presentes no cotidiano familiar, que considerava que era obrigação delas realizarem serviços domésticos e que não havia necessidade de partilhar as tarefas.

Nas falas ficou marcado que o processo de criar filhos pequenos restringiu o acesso das mulheres ao mercado de trabalho qualificado, sendo que muitas delas deixaram de “trabalhar fora” para passar uma vida inteira “limpando a casa”. Por mais que relatassem extremo prazer em morar em ambientes limpos e serem felizes por cumprirem suas atribuições de “mães de família”, emergia a ambiguidade entre o desejo de ser dona de casa e a curiosidade de viver os desafios do mercado de trabalho e, quem sabe, crescer profissionalmente.

Porém, além da pouca disponibilidade de tempo, haviam problemas vinculados à baixa escolaridade, sendo relatado pelas mulheres que, na época em que eram jovens, não eram estimuladas a estudarem e terem uma profissão. Relataram que era comum que a sociedade, seus pais e avós reconhecessem que o melhor para uma mulher era “ser boa mãe e esposa”, o que repercutiu negativamente na formação profissional dessas mulheres.

Várias consequências da permanência das mulheres no espaço privado do domicílio foram identificadas, sendo que a dependência financeira foi reconhecida como algo negativo. A necessidade de pedir dinheiro e, por vezes, depender de uma “mesadinha” do companheiro tolhia o acesso a bens de consumo e dificultava o auxílio financeiro aos familiares, pois em algumas situações seus companheiros julgavam que não “dariam dinheiro aos filhos e netos”, contrário os desejos das mulheres. Porém, as mulheres que tinham renda destacavam que destinavam seus recursos para o sustento familiar e que pouco, ou quase nada era destinado a elas.

A dependência da família para o “existir” das mulheres tornava-as suscetíveis à violência. Ficou marcada a ocorrência de violência emocional à maioria das mulheres, que eram oprimidas por seus companheiros, inseridas em brigas familiares, obrigadas a mediar conflitos, sendo que em muitos momentos eram ignorados seus sentimentos e necessidades.

O longo tempo de exposição aos conflitos e mesmo às situações de violência parecia fazer com que essas mulheres banalizassem essa situação, identificando-as como “parte da vida de mulher” e que precisavam “acostumar-se” e aprender a lidar melhor, sendo que essa conduta fomentava o processo de continuidade das situações de violência psicológica. Os achados estão evidenciados nas falas a seguir:

Nunca fui à escola, porque no nosso tempo trabalhávamos na lavoura e meu pai acreditava que mulher não precisava entender da escrita. Ele dizia que mulher boa cozinhava e trabalhava na roça, então eu nem sei pegar em uma caneta. Eu não consegui me aposentar, eu ficava sempre em casa, então dependo do meu marido. Ele às vezes me dá um dinheirinho para comprar uma roupa, às vezes ele dá mais, às vezes dá menos (M9).

Por muitos anos eu fui lavadeira, mas ele (marido) sustentava a casa. Hoje ele me dá uma mesadinha e eu guardo para mim, mas naquela época ele não dava nada (M8).

Quando casei parei de estudar para cuidar das crianças, mas depois tive que trabalhar e não pude mais voltar para a escola. Deixar de estudar foi a coisa que eu mais me arrependi na vida (M7).

No meu dia a dia eu me controlo, quando brigam comigo (esposo e filhos) eu seguro tudo, eu tranco meus sentimentos para não ficar nervosa demais. Eu não gosto de discutir, eu não falo. Eu fico calada, eu sofro calada... (M4)

## DISCUSSÕES

A baixa adesão ao tratamento é algo que necessita ser modificado no cotidiano das pessoas com diabetes (ADA, 2017, SBD, 2017), sendo que muitas se mostram inclinadas a buscar resoluções para esta problemática (YI-FRAZIER et al., 2012).

Percebemos que as mulheres reconheciam os fatores de risco em seu viver cotidiano, porém sentiam dificuldades de lidar e achar soluções. A literatura destaca que vivenciar situações negativas eleva o estresse, além de causar sensações de medo, fragilidade, infelicidade, baixa autoestima e baixa capacidade de lidar com problemas (SALES, SOUGEY, 2011; HILLIARD, HARRIS, WEISSBERG-BENCHELL, 2012; LABROCINI, 2012), sendo reconhecidas como barreiras para a adesão ao tratamento do DM.

As mulheres com DM tinham dificuldade para cuidar de si por priorizarem as atividades laborais, por estarem expostas à violência, à discriminação de gênero e por ocuparem espaços menos valorizados em seus contextos familiares e sociais. As atribuições normativas de gênero e a maior exposição a vulnerabilidades causaram impactos diretos e indiretos na vida de muitas mulheres, sendo nocivas ao processo de processo viver, ser saudável e adoecer (LABRONICI, 2012).

Assim, ampliar a resiliência pode ser uma alternativa para promover o viver melhor e mais saudável, considerando as mulheres em seus contextos sócio-histórico-cultural, ambiental e sexual, com suas dificuldades, suas necessidades e potencialidades. Apontando para perspectivas nas quais as mulheres “possam ter igualdade de direitos e de oportunidades” (ARAÚJO, SIMONETTI, 2013, p.9), possam ser reconhecidas em sua totalidade e tenham possibilidades de desvincular-se de “padrões preconizados na sociedade” (ARAÚJO, SIMONETTI, 2013, p.9).

Identificar as influências dos fatores de risco na adesão ao tratamento do DM permite a busca por novos significados e novas perspectivas em direção ao viver melhor. Estudos realizados com pessoas em diferentes condições e/ou estágios de vida identificaram que os profissionais da saúde podem ajudar na resignificação dos eventos estressores (BRITO; RODRIGUES, 2011; LIRA, 2014; REBOUÇAS JUNIOR, GALDINO, SOUSA, 2013), auxiliando na compreensão e na busca por estratégias para o viver melhor (REBOUÇAS JUNIOR; GALDINO; SOUSA, 2013).

Destacamos que uma alternativa para a melhor adesão ao tratamento do DM é a

valorização dos fatores de proteção, permitindo que as mulheres ampliem a compreensão seu processo de viver e reconheçam os pontos positivos em suas vidas. A literatura aponta que pessoas que reconhecem as “coisas boas” de suas vidas são mais felizes e dão menor importância aos problemas e para as dificuldades cotidianas (SANTOS et al., 2013; YI-FRAZIER et al., 2012; SALES, SOUGEY, 2012; HILLIARD, HARRIS, WEISSBERG-BENCHELL, 2012; DENISCO, 2011).

Observamos que a resiliência pode ser um elemento a ser considerado na atenção à saúde das mulheres com DM, pela possibilidade de melhorar a adesão ao tratamento (RECKZIEGEL, 2014). Há escassez de estudos que enfoquem a resiliência em mulheres com DM (BÖEL, SILVA, HEGADOREN, 2016), porém em estudos com crianças e adolescentes com DM1 destacaram que nos momentos de felicidade, as crianças cuidavam melhor do DM (YI-FRAZIER et al., 2012).

A literatura aponta que fatores de proteção auxiliam na adaptação positiva às demandas do DM, favorecem o estabelecimento de hábitos de vida saudáveis e o sentimento de bem-estar relacionado ao processo de viver e ter uma doença crônica (DAVYDOV et al., 2010; HILLIARD, HARRIS, WEISSBERG-BENCHELL, 2012). Mesmo que nem sempre presentes, percebemos que as mulheres que participaram deste estudo apresentavam fatores de proteção que poderiam ser potencializados com a atenção à saúde enfocando a promoção da resiliência.

Os fatores de proteção individuais como a autoestima, a autoimagem elevada, e a autonomia foram amplamente reconhecidos pelas mulheres como benéficos e potencializadores das habilidades de adaptação positiva frente às demandas de cuidado do DM, confluindo com resultados de outros estudos com pessoas com DM (YI-FRAZIER et al, 2012; HUANG, 2009; HILLIARD, HARRIS, WEISSBERG-BENCHELL, 2012). Quanto aos fatores de proteção familiares, Santos et al.(2013) reconheceram a família como elemento importante no viver com DM, proporcionando cuidado direto e indireto e a ampliação da adesão à terapêutica. De forma oposta, problemas com a família, especialmente a falta de apoio, tornam-se fatores de risco.

Os resultados desse estudo destacaram que os fatores de proteção favorecem a adesão à terapêutica do DM, sendo que reconhecê-los no contexto da assistência em saúde permite o fortalecimento do cuidado centrado nas necessidades do usuário, sensível aos reais problemas socioculturais e comprometidos com a assistência integral e de qualidade (MIRANDA, COELHO, MORÉ, 2012). Assim, contemplar a promoção da resiliência enquanto estratégia de cuidado em Enfermagem e saúde às mulheres com DM traz novas perspectivas para a promoção e fortalecimento de habilidades cuidado do DM. Os estudos de Santos et al. (2013), Yi-Frazier et al (2012), Sales e Sougey (2012), Hilliard, Harris e Weissberg-Benchell (2012) e Denisco (2011) reconhecem a possibilidade de promoção da resiliência, recomendando que sejam fortalecidos fatores de proteção e habilidades de resolução de problemas.

## CONCLUSÕES

O estudo evidenciou que aderir ao tratamento do DM é algo complexo e não está relacionado apenas ao desejo de cuidar de si. Existem diversos fatores de risco e proteção que se interconectam e auxiliam ou dificultam esse processo. Os achados permitem salientar a importância do cuidado em saúde e enfermagem sensível às demandas biológicas, comportamentais e emocionais de mulheres com diabetes.

Como limitação, apontamos que foram investigados os fatores de proteção e de risco em mulheres com dificuldades de adesão ao tratamento do DM. Assim, desconhecemos se esses seriam os mesmos em mulheres com maior adesão ao tratamento ou em outras condições de vida e saúde. Pontuamos a importância de novos estudos que avancem na identificação das relações entre a resiliência e a adesão ao tratamento do DM em mulheres, contribuindo na identificação de ações que promovam o fortalecimento de fatores de proteção e minimização do impacto de fatores de risco.

Destacamos que a tríade que é tomada como referência para o cuidado do diabetes – a realização de atividade física, o cumprimento do plano alimentar e o uso de medicamento - não contempla a totalidade das necessidades das mulheres com DM. Os aspectos psicoemocionais, dentre os quais a resiliência, surgem como um novo pilar para a assistência em Enfermagem e Saúde centrada no reconhecimento das diferenças entre as mulheres em seus diversos contextos culturais, históricos e sociais, sendo uma estratégia inovadora e com grande potencial para a geração de impactos positivos no cuidado ao DM.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of medical care in diabetes - 2017**. Diabetes Care, v.40, supl.1, p.S1-S135, 2017.

ARAÚJO, Maria José de Oliveira; SIMONETTI, Maria Cecília Moraes. **Direitos humanos e gênero**: série debates em direitos humanos. Plataforma DHESCA Brasil., v.1, Curitiba: Terra de Direitos, 2013.

ATLAS.TI. **ATLAS.ti: The qualitative data analysis & research software**. 7.1ed, Berlin, 2012.

BÖELL, J. E. W.; SILVA, D. M. G. V. DA; HEGADOREN, K. M. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. **Revista latino-americanade enfermagem**, v. 24, p. e2786, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União. 13 jun. 2012.

BRITO, S.C.; RODRIGUES, E.P. O estresse e a ansiedade na sociedade do século XXI:

um olhar cognitivo-comportamental. **Revista FSA.**, Teresina, n.8, p.307-321, 2011.

CASTRO, Bernardo Monteiro de. **Resiliência na PUC Minas virtual.** Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2009. Disponível em: <  
<https://www.youtube.com/watch?v=BJiZN1oAQgU>>. Acesso em: 01 jun. 2013.

DAVYDOV, Dmitry M; STEWARTB, Robert; RITCHIEC, Karen; CHAUDIEUC, Isabelle. Resilience and mental health. **Clinical Psychology Review**, v.30, n.5, p. 479–495, 2010.

DENISCO, Susan. Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**, v. 23, n.11, p. 602-610, nov. 2011.

FREIRE, Paulo. **Educação com prática de liberdade.** 34ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

HILLIARD, M.E.; HARRIS, M.A.; WEISSBERG-BENCHELL, J. Diabetes resilience: a model of risk and protection in type 1 diabetes. **Curr Diab Rep.**, v.12, n.6, p.739-748, 2012.

HSIEH, Hsiu-Fang; SHANNON, Sarah E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qual Health Res.**, v.15, p.1277-1288, 2005.

HUANG, M.F. **Resilience in chronic disease:** the relationship among risk factors, protective factors, adaptatives outcomes, and the level of resilience in adults with diabetes. 2009, 310f. Thesis (Doctor of Philosophy). Institute of Health and Biomedical Innovation, Scholl of Nursing and Midwifery, Queensland University of Technology, Queensland, 2009.

LABRONICI, Liliana Maria. Processo de resiliência nas mulheres vítimas de violência doméstica: um olhar fenomenológico. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.21, n.3, p.625-632, 2012.

MINICUCCI, Agostinho. **Dinâmica de Grupo:** teorias e sistemas, 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MIRANDA, Fernanda Alves Carvalho de; COELHO, Elza Berger Salema; MOREÉ, Carmem Leontina Ojeda Ocampo. **Projeto terapêutico singular.** Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

PONTIERI, F.M.; BACHION, M.M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2010.

REBOUÇAS JÚNIOR, F.G.; GALDINO, M.S.S.; SOUSA, M.L.T. Acolhimento multiprofissional à pessoa com hipertensão e diabetes: potencializando o cuidado. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del Rei, v.8, n.2, p.248-253, 2013.

RECKZIEGEL, Juliana Cristina Lessmann. **Resiliência e adesão ao tratamento do diabetes mellitus em mulheres.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis,

2014.

RUTTER, Michael. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. **Journal of Family Therapy**, v. 21, p. 119-144, 1999.

SALES, Amanda Patrícia; SOUGEY, Everton Botelho. Resiliência e transtorno de estresse pós-traumático. **Neurobiologia**, Recife, v.75, n.1-2, p.167-177, jan./jun., 2012.

SANTOS, F.R.M.; BERNARDO, V.; GABBAY, M.A.L.; DIB, S.A.; SIGULEM, D. The impact of knowledge about diabetes, resilience and depression on glycemic control: a cross-sectional study among adolescents and young adults with type 1 diabetes. **Diabetology Metabolic Syndrome**, v.5, n.55, p.1-5, 2013.

SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da; HEGADOREN, Kathy; LASIUK, Gerri. As perspectivas de donas de casa brasileiras sobre a sua experiência com diabetes mellitus tipo 2. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 3, p. 469-477, 2012.

SILVA, Denise M. Guerreiro Vieira da; SOUZA, Sabrina da Silva de; FRANÇIONI, Fabiane Ferreira; MEIRELLES, Betina H. S. Qualidade de vida na perspectiva de pessoas com problemas respiratórios crônicos: a contribuição de um grupo de convivência. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v.13, n.1, p.7-14, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIBETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Clannad, 2017.

YI-FRAZIER, J.P.; HILLIARD, M.; COCHRANE, K.; HOOD, K.K. The impact of positive psychology on diabetes outcomes: a review. **Psychology.**, v.3, n.12a, p.1116-1124, 2012.

# AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO

*PATIENTS NUTRITIONAL EVALUATION WITH CHRONIC DISEASES TRANSMITTED NOT SERVED IN A NURSING CLINIC*

Damaris Helfenstein Pretto Binsfeld<sup>1</sup>  
Dionara Simone Hermes Volkweis<sup>2</sup>  
Thais da Luz Fontoura Pinheiro<sup>3</sup>  
Fábia Benetti<sup>4</sup>

Recebido em: 29 jan. 2017  
Aceito em: 10 jun. 2018

**RESUMO:** **Fundamento:** As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm substituindo gradativamente a desnutrição e as doenças infecciosas, destacando-se as doenças cardíacas, cerebrovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e câncer. As DCNT foram a principal causa de morte prematura em todo mundo no ano de 2012. **Objetivos:** Avaliar pacientes com DCNT que realizaram atendimento nutricional na URI-FW de 2012 a 2014. **Métodos:** Para a coleta de dados foi utilizado prontuários clínicos do Ambulatório de Nutrição da URI- FW, com pacientes que apresentavam DCNT no período de 2012 a 2014. Avaliaram-se dados antropométricos e o consumo alimentar desses pacientes. **Resultados:** Foram avaliados 204 pacientes, sendo a maioria adultos jovens. A maior procura foi pelo gênero feminino e quanto ao retorno aos atendimentos, 70% dos pacientes com DCNT não retornaram. Verificou-se que a maioria dos participantes encontravam-se em sobrepeso e apresentaram elevado consumo de sódio, gorduras e carboidratos. Entretanto, a ingestão de vitamina D, cálcio e fibras foi inferior ao recomendado. **Conclusão:** Os hábitos alimentares estão modificados e a adoção de um novo estilo de vida não saudável tem causado um elevado índice de DCNT na população. Salienta-se a importância da reeducação alimentar para redução de peso e modificação dos hábitos alimentares inadequados. **Palavras-chave:** Doenças Crônicas não Transmissíveis. Hábitos alimentares. Excesso de peso. Transição nutricional.

||| **ABSTRACT: Background:** Non-communicable chronic diseases (DCNT) have gradually replaced malnutrition and infectious diseases, especially cardiac,

---

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), campus Frederico Westphalen, Departamento de Ciências da Saúde, Setor Nutrição, Rio Grande do Sul. E-mail: [dadahpb@gmail.com](mailto:dadahpb@gmail.com).

<sup>2</sup> Nutricionista. Mestre em Envelhecimento Humano. Coordenadora e Docente do curso de Nutrição da Universidade Regional e Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), campus Frederico Westphalen, Departamento de Ciências da Saúde, Setor de Nutrição, Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul. E-mail: [dshermes@uri.edu.br](mailto:dshermes@uri.edu.br).

<sup>3</sup> Nutricionista. Mestre em Engenharia de Alimentos. Docente do curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), campus Frederico Westphalen, Departamento de Ciências da Saúde, Setor Nutrição, Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul. E-mail: [thaispinheiro@uri.edu.br](mailto:thaispinheiro@uri.edu.br).

<sup>4</sup> Nutricionista. Mestre em Envelhecimento Humano. Docente do curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), campus Frederico Westphalen, Departamento de Ciências da Saúde, Setor Nutrição, Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul. E-mail: [benetti@uri.edu.br](mailto:benetti@uri.edu.br).



cerebrovascular, diabetes mellitus, systemic arterial hypertension and cancer. NCDs were the main cause of premature death worldwide in the year 2012. **Objectives:** To evaluate patients with CNCD that performed nutritional care at the URI-FW from 2012 to 2014. **Methods:** Data collection was performed using clinical records from the URI-FW Nutrition Outpatient Clinic, with patients presenting CNCDs between 2012 and 2014. Anthropometric data and food consumption of these patients were evaluated. **Results:** A total of 204 patients were evaluated, most of them young adults. The highest demand was for the female gender and regarding the return to care, 70% of the patients with CNCD did not return. It was verified that the majority of the participants were overweight and presented high consumption of sodium, fats and carbohydrates. However, intake of vitamin D, calcium and fiber was lower than recommended. **Conclusion:** Eating habits are modified and adopting a new unhealthy lifestyle has caused a high rate of NCD in the population. The importance of food re-education for weight reduction and modification of inadequate eating habits is highlighted. **Keywords:** Chronic Diseases. Eating Habits. Overweight. Nutritional Transition.

## INTRODUÇÃO

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são patologias que surgem de múltiplos fatores, ou seja, multifatoriais, desenvolvendo-se no decorrer da vida e sendo de longa duração, configurando assim uma mudança na carga de doenças. (BRASIL, 2011).

As DCNT vêm substituindo de forma gradativa a incidência da desnutrição e doenças infecciosas que acometiam a população. Desde a década de 1940 a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias vem declinando e em contrapartida as DCNT vêm se destacando como as principais causas de morbidade e mortalidade. (FRANCISCO et al., 2015, p.8). Em 2013 as DCNT foram a principal causa de mortalidade no Brasil (aproximadamente 72% de mortes), o que constitui um dos grandes desafios para a gestão de saúde pública do século XXI. (BRASIL, 2011).

As modificações no estilo de vida da população podem ser consideradas grandes responsáveis pela epidemia mundial das DCNT, destacando-se as doenças cardíacas, cerebrovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e câncer, caracterizando altos índices de morbimortalidade com carácter insidioso. (MÁSSIMO; FREITAS, 2014, p.5).

Alguns riscos são destacados no desenvolvimento ou agravamento das DCNT envolvendo fatores socioeconômicos, culturais, ambientais e hábitos comportamentais como a má-alimentação, sedentarismo, obesidade, excesso do consumo de álcool e tabagismo. Determinantes sociais podem constituir benefícios socioeconômicos, como a prevenção e promoção da saúde, já os grupos vulneráveis podem apresentar maior exposição aos riscos. (FRANCISCO et al., 2015, p.11).

Atualmente o modo de vida da população têm contribuído para o sedentarismo, a modernidade e a praticidade do dia a dia tem favorecido para menores esforços físicos e o mínimo de gasto energético. Entre estes podem ser citados os transportes urbanos, os

aparelhos eletrônicos, os controles remotos, bem como, a opção por atividades leves para realizar no tempo livre, podendo ser acompanhado de ingestão de alimentos com alto aporte calórico. (VITORINO et al., 2014, p.167). A OMS recomenda a modificação no estilo de vida, como prática regular de atividade física, redução de tabagismo e adoção de hábitos alimentares saudáveis para a manutenção da saúde. (OMS, 2005).

A atividade física e a dieta são reconhecidas como importantes fatores no ciclo da vida no que diz respeito a promoção e manutenção da saúde. A dieta pode conter características que podem determinar não apenas a saúde da pessoa no presente, como pode interferir no futuro no processo de desenvolvimento de DCNT. (CUPPARI, 2009, p.23).

Apresenta-se no cenário mundial uma necessidade de adesão ao padrão de alimentação saudável, com objetivo principal da redução do consumo alimentar de alto valor energético que apresenta baixo teor de nutrientes e o elevado teor de sódio, bem como a alta quantidade de carboidrato refinado, gordura trans e gordura saturada. A alimentação saudável é compreendida como um direito humano, apresentado pela disponibilidade de um padrão alimentar adequado, associado às necessidades sociais e biológicas que o indivíduo apresenta, respeitando alguns princípios como a variedade, o equilíbrio, a moderação, o estado socioeconômico e cultural, com vista na segurança alimentar e nutricional. (MARTINEZ, 2013, p. 204).

A avaliação do consumo alimentar apresenta um papel importante, sendo utilizado como um instrumento para análises do estado de saúde da população, bem como do controle das doenças crônicas, compreendendo a relevância da qualidade alimentar interligado a ocorrência de possíveis agravos à saúde. (GOMES et al., 2015, p. 369).

Visando a prevenção de doenças, a promoção e a manutenção da saúde dos indivíduos, o Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen, dispõe de atendimento especializado e individualizado para a população de Frederico Westphalen e região desde o ano de 2012.

O atendimento no Ambulatório de Nutrição da URI-FW é especializado para cada fase da vida, abrangendo todas as idades. As orientações prescritas têm base no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014), o qual prioriza a alimentação conforme a região e a sazonalidade proporcionando menores custos no consumo dos alimentos.

As consultas realizadas abrangem perda e ganho de peso, reeducação alimentar, prevenção, controle e tratamento das DCNT, tratamento de intolerâncias e alergias alimentares, hipertrofia muscular, dentre outros, sempre com foco específico em promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Nessa perspectiva, o presente estudo objetiva analisar dados antropométricos e dietéticos de pacientes com DCNT atendidos no Ambulatório de Nutrição da URI-Campus de Frederico Westphalen-RS, no período de 2012 a 2014, bem como, avaliar a prevalência na continuidade do tratamento dietoterápico, tendo em vista possíveis benefícios do acompanhamento nutricional.

---

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, com carácter quantitativo e de natureza descritiva e analítica. Sendo realizado com os prontuários clínicos do Ambulatório de Especialidades em Nutrição da URI- Campus FW/RS do período de 2012 a 2014.

Inicialmente foram separados todos os prontuários de pacientes atendidos no período que compreende o estudo, e posteriormente foram selecionados somente aqueles com diagnóstico prévio de DCNT. Das entrevistas realizadas com os pacientes, utilizou-se dados referente aos indicadores sociodemográficos, antropometria, inquérito dietético (Recordatório alimentar de 24 horas (R24h)), exames clínicos e laboratoriais.

Os dados sociodemográficos incluíram os seguintes indicadores: idade, gênero, motivo da consulta, permanência, ingestão hídrica, consumo de álcool e tabaco, atividade física, presença de patologias. Referente à avaliação antropométrica considerou-se: peso, estatura, circunferência da cintura (CC), circunferência do quadril (CQ), circunferência do pescoço, dobras cutâneas (bicipital, suprailíaca, tricipital e subescapular), percentual de gordura corporal.

Foram considerados neste estudo, valores de taxa de metabolismo basal e valor energético total, o qual foi avaliado pelo R24h através do programa Avanutri®. Também considerou-se na análise os percentuais médios de macronutrientes consumidos, valores de vitamina D, fibras, cálcio, sódio, zinco, selênio, colesterol total, gordura saturada, gordura poliinsaturada e moniinsaturada.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI-FW, pelo número de parecer CAEE: 57361916.0.0000.5352, contemplando a resolução 466/2012 que estabelece as normas de pesquisas com seres humanos no Brasil.

Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente com o programa Microsoft Excel, sendo expressos em gráficos e tabelas em forma de percentual, média, desvio padrão.

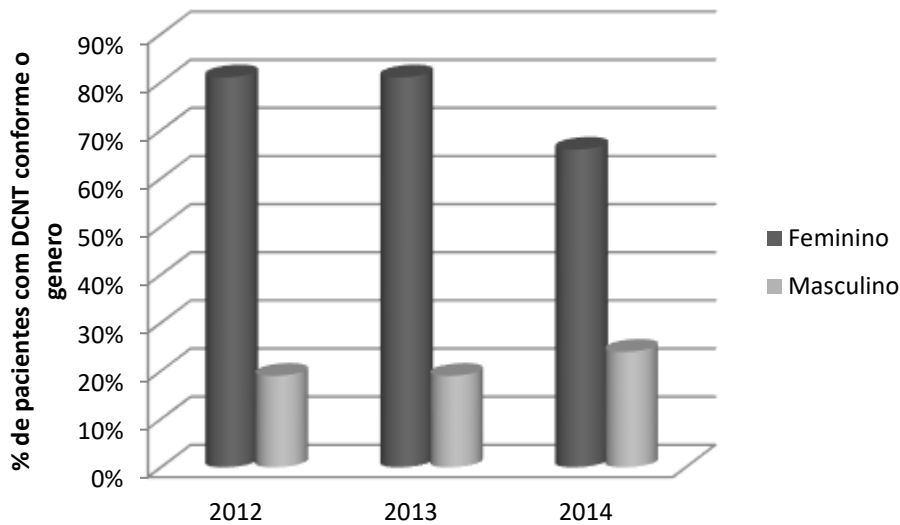
## RESULTADOS

Verificamos que durante o período estudado, 204 pacientes procuraram o atendimento nutricional, sendo portadores de alguma DCNT. Os mesmos apresentaram idade média de  $53,16 \pm 14,10$  anos;  $39,46 \pm 14,29$  anos e  $39,17 \pm 17,34$  anos no período de 2012, 2013 e 2014, respectivamente. Podemos observar que os participantes são pacientes adultos jovens.

A Figura 1 demonstra o percentual de pacientes atendidos conforme o gênero. Observou-se que a prevalência na procura do atendimento nutricional foi de pacientes com DCNT do gênero feminino, em todos os anos considerados no estudo, sendo 81% em 2012,

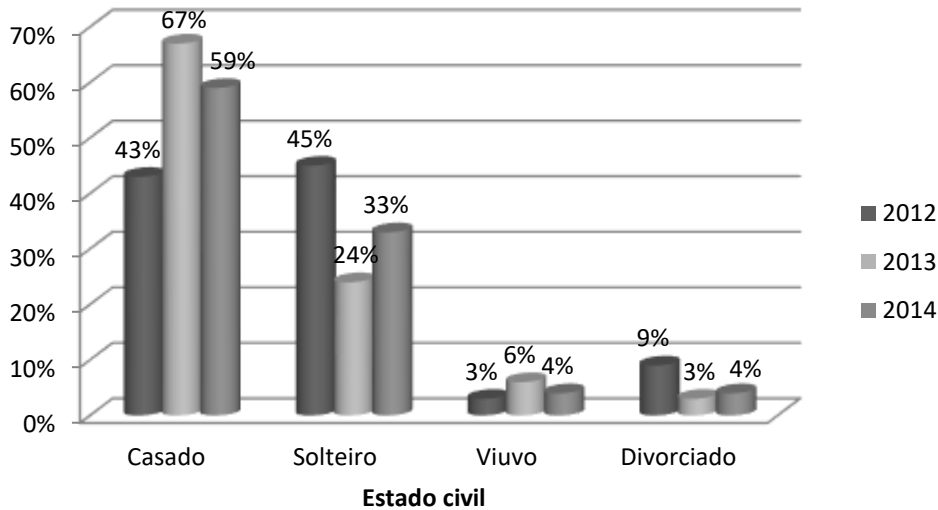
também 81% em 2013 e 66% em 2014, com média dos três anos de 76%.

**Figura 1:** Percentual de pacientes com DCNT atendidos no Ambulatório de Nutrição



A Figura 2, demonstra a distribuição dos pacientes com DCNT conforme o estado civil. Verificou-se que a maioria dos pacientes eram casados, seguidos pelos maiores percentuais de pacientes solteiros.

**Figura 2:** Distribuição dos pesquisados com DCNT segundo o estado civil.

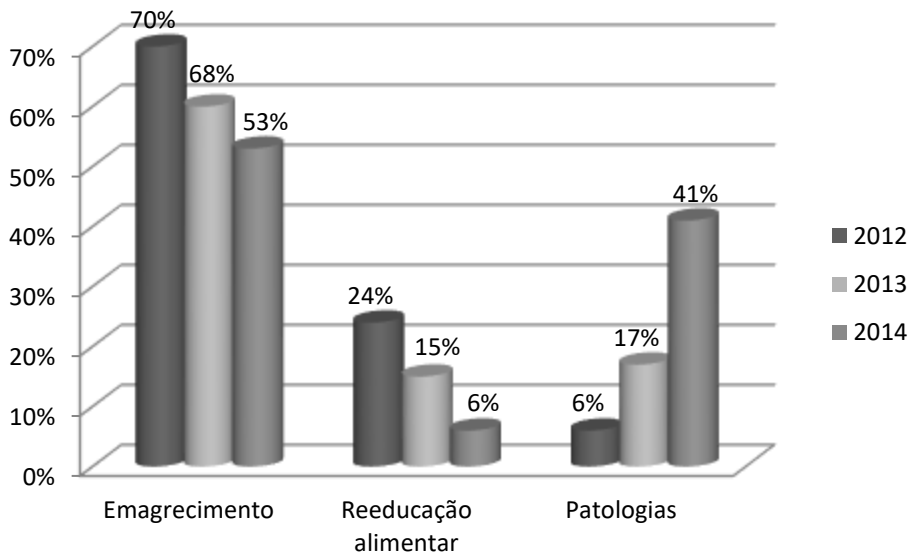


Quanto aos motivos que levaram os entrevistados a procurarem atendimento nutricional (Figura 3), verificamos que no ano de 2012, o motivo mais prevalente foi emagrecimento, indicado por 70% (n=26) dos pacientes com DCNT, 24% (n=9) para reeducação alimentar e 6% (n=2) por apresentar alguma patologia relacionada a alimentação. No ano de 2013, 68% (n=64) buscaram atendimento para emagrecimento, 17% (n=16) devido há alguma patologia e 15% (n=14) buscavam a reeducação alimentar. Em 2014 a procura por atendimento para o emagrecimento foi de 53% (n=39), 41% (n=30) dos pesquisados buscaram ajuda por apresentarem patologias e 6%(n=4) estavam em

busca de reeducação alimentar.

Nos anos de 2012 e 2013 verificou-se que os pacientes com DCNT buscavam o atendimento nutricional com foco inicial no emagrecimento (Figura 3), porém no ano de 2014 a procura pelo atendimento nutricional esteve associada a presença de patologias. Esses dados demonstram aumento significativo no decorrer dos anos de pacientes com DCNT atendidos no Ambulatório de Nutrição.

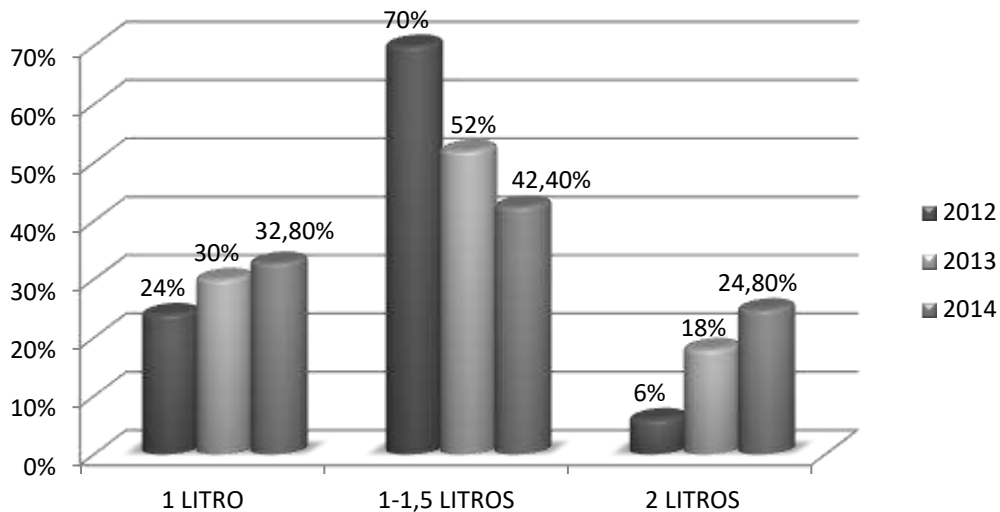
**Figura 3:** Motivo pelo qual os pacientes com DCNT procuraram o atendimento nutricional.



Quanto ao retorno aos atendimentos, verificou-se que no ano de 2012, 78% (n=29) dos pesquisados não retornaram para o acompanhamento nutricional após a entrega do plano alimentar. No ano de 2013, 83% (n=78) não deram continuidade ao acompanhamento nutricional, bem como, no ano de 2014 observou-se que 72% (n=72,6) que não retornaram ao atendimento.

A Figura 4, demonstra a ingestão hídrica dos pacientes com DCNT. Podemos verificar que em todo o período do estudo a maioria dos pacientes relataram consumo médio de 1,5 litros de água por dia. Porém também houve um número expressivo de pacientes que ingeriram menos de 1 litro por dia de água. Esses índices demonstram que a ingestão hídrica dos pacientes com DCNT no período de 2012, 2013 e 2014 são inferiores ao recomendado.

**Figura 4:** Ingestão hídrica dos pacientes com DCNT



Na Tabela I, apresenta resultados relativos aos hábitos de vida dos pacientes com DCNT. Podemos constatar que o percentual de pacientes com DCNT que referiram apresentar algum tipo de alergia foi baixo, sendo que a maioria refere não possuir nenhuma alergia alimentar. Em relação ao consumo de álcool apenas em 2012 os pacientes apresentaram maior consumo, em 2013 e 2014 grande parte dos pacientes relataram não consumir bebidas alcólicas. O percentual de tabagistas foi baixo nos três anos, compreendendo-se que grande parte dos pacientes com DCNT atendidos no Ambulatório nesse período não eram tabagistas.

A prática de atividade física foi acima da média apenas em 2012, onde 59% dos pacientes relataram praticar algum tipo de atividade física. Nos anos de 2013 e 2014 a maioria dos pacientes referiram sedentarismo. Em relação a sinais e sintomas, grande porcentagem dos pacientes não apresentou nenhuma alteração, as quais poderiam ser alterações na pele, cabelos, unhas, mãos, olhos, dentes ou manchas.

**Tabela 1:** Demonstra os hábitos de vida de pacientes com DCNT

|                               | 2012          |               | 2013        |               | 2014          |                 |
|-------------------------------|---------------|---------------|-------------|---------------|---------------|-----------------|
|                               | Sim           | Não           | Sim         | Não           | Sim           | Não             |
| Alergias alimentares          | 14%<br>(n=5)  | 86%<br>(n=32) | 9%<br>(n=9) | 91%<br>(n=85) | 9,6%<br>(n=7) | 90,4%<br>(n=66) |
| Consumo de álcool             | 59%<br>(n=22) | 41% (n=15)    | 33% (n=31)  | 67% (n=63)    | 29%<br>(n=21) | 71%<br>(n=52)   |
| Tabagismo                     | 3%<br>(n=1)   | 97% (n=36)    | 12% (n=11)  | 88% (n=83)    | 7%<br>(n=5)   | 93%<br>(n=68)   |
| Pratica de atividade física   | 59%<br>(n=22) | 41% (n=15)    | 28% (n=26)  | 72% (n=68)    | 37%<br>(n=27) | 63%<br>(n=46)   |
| Presença de sinais e sintomas | 33%<br>(n=12) | 67% (n=25)    | 23% (n=22)  | 77% (n=72)    | 15%<br>(n=11) | 85%<br>(n=62)   |

\*Alteração no cabelo, face, olhos, mãos, pele, dentes, unhas, manchas.

A Tabela II demonstra as condições e hábitos de vida dos pacientes com DCNT atendidos no Ambulatório de Especialidades em Nutrição. Verificou-se que a maioria dos pesquisados em todo o período que compreendeu o estudo relataram presença de algumas patologias também classificadas como DCNT, em parentes próximos de primeiro grau. Mesmo compreendendo que as DCNT são influenciadas por fatores externos e hábitos de vida, o fator genético apresenta significância no desenvolvimento dessas doenças.

Em relação aos exames bioquímicos pode-se perceber que grande parte dos pacientes não apresentou os mesmos no momento da consulta nutricional. A presença de refluxo e pirose apresentou um percentual maior em 2014, onde os pacientes relataram a presença destes sintomas, nos anos anteriores não houve presença significativa dos mesmos.

**Tabela 2:** Condições de vida dos pacientes com DCNT atendidos no ambulatório de nutrição

| Ano                          | 2012          |               | 2013          |            | 2014          |               |
|------------------------------|---------------|---------------|---------------|------------|---------------|---------------|
|                              | Sim           | Não           | Sim           | Não        | Sim           | Não           |
| Histórico Familiar de DCNT   | 59%<br>(n=22) | 41%<br>(n=15) | 52%<br>(n=49) | 48% (n=45) | 52%<br>(n=38) | 48%<br>(n=35) |
| Exames Bioquímicos           | 22%<br>(n=8)  | 78%<br>(n=29) | 36%<br>(n=34) | 64% (n=60) | 35%<br>(n=25) | 65%<br>(n=48) |
| Presença de refluxo e pirose | 24%<br>(n=9)  | 76%<br>(n=28) | 19%<br>(n=18) | 81% (n=76) | 40%<br>(n=29) | 60%<br>(n=44) |

\*História familiar: Presença de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Doenças Cardiovasculares

\*Sim - Apresentaram. \*Não - Não apresentaram.

Quanto as patologias relatadas pelos pacientes com DCNT, destacou-se a obesidade. Dos participantes atendidos em 2012, 51% (n=19) apresentaram obesidade. No ano de 2013 e 2014, o número registrado de obesos foi de 29%.

A Tabela III refere-se as medias e desvio padrão das medidas antropométricas dos pacientes com DCNT. Verificou-se uma estatura média de 165cm, podendo-se constatar que o peso estava acima do ideal conforme a estatura, o que aumenta os riscos para as DCNT. As médias do IMC, CC, CQ e CB confirmam o sobrepeso e a obesidade presente na maioria dos pacientes. A relação cintura/quadril indicou que esses pacientes apresentam sobrepeso, bem como riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

As pregas cutâneas do bíceps, tríceps, subescapular e ilíaca também indicam valores superiores com relação aos valores médios normais indicados, destacando-se mais uma vez a presença do sobrepeso e obesidade. O percentual de gordura corporal indicado seria de 15% para homens e 23% para mulheres, nos pacientes atendidos verificou-se em média, valores muito acima dos preconizados demonstrando nitidamente o excesso de adiposidade corpórea dos pacientes com DCNT, o que traz riscos associados a complicações orgânicas e ao desenvolvimento de comorbidades associadas a obesidade.

**Tabela 3:** Dados da antropometria dos pacientes com DCNT.

| Antropometria               | Média±DP<br>2012 | Média±DP<br>2013 | Média±DP<br>2014 |
|-----------------------------|------------------|------------------|------------------|
| Altura                      | 1,64±0,07        | 1,61±0,12        | 1,63±0,09        |
| Peso Atual (Kg)             | 77,56±10,96      | 86,46±19,50      | 88,29±19,81      |
| IMC (Kg/m <sup>2</sup> )    | 28,74±3,95       | 32,92±5,76       | 34,40±12,96      |
| Circunferência Cintura (cm) | 90,31±11,54      | 99,22±14,11      | 102,27±16,09     |
| Circunferência quadril (cm) | 107,91±6,39      | 113,72±10,90     | 113,16±13,50     |
| Relação Cintura/Quadril     | 0,84±0,09        | 0,82±0,03        | 0,87±0,10        |
| Circunferência braço (cm)   | 32±3,46          | 34,73±4,23       | 35,85±8,89       |
| Bíceps (mm)                 | 11,34±5          | 16,57±8,21       | 15,88±6,7        |
| Tríceps (mm)                | 18,92±6,81       | 22,76±8,95       | 22,62±8,22       |
| Subescapular (mm)           | 19,37±6,24       | 25,27±11,19      | 25,46±9,10       |
| Supra ilíaca (mm)           | 24,71±8,18       | 28,32±12,19      | 26,62±9,56       |
| Percentual gordura (%)      | 52,73±23,15      | 41,17±15,93      | 33,32±7,44       |

A Tabela IV demonstra o resultado do consumo de macro e alguns micronutrientes dos pacientes com DNCT. Pode-se verificar que a quantidade de proteína ingerida foi superior ao recomendado, pois de acordo com as DRIs 2001 a recomendação de proteínas é de 10% a 35%. Os carboidratos apresentaram percentuais dentro da média indicada conforme as DRIs que utiliza-se de 45% a 65%, porém o que pode ser preocupante é que o consumo na maioria das vezes de carboidratos simples. O consumo excessivo de lipídeos se destaca, visto que estes deveriam ser ingeridos com limite de até 25% ao dia, além da ingestão estar relacionadas a gorduras saturadas. (CUPPARI, 2009, p.27).

As calorias apresentaram valores consideradas dentro da normalidade. Constatou-se um consumo muito inferior de vitamina D comparado ao valor recomendado de 5mcg ao dia. O cálcio também apresentou valores abaixo do recomendado, que seria de 1000mg ao dia. O sódio se destaca com um consumo bem superior ao recomendado pela OMS, o qual indica um consumo limítrofe diário de 2.000mg, porém o consumo médio apresentou 2.200mg, sendo verificado o consumo de alguns pacientes de até 6.000mg ao dia. Constatou-se que o consumo do zinco em 2012 foi inferior ao recomendado, já em 2013 e 2014 o consumo girou em torno das 11mg recomendadas. Em relação ao consumo médio de selênio os valores indicam normalidade. (VITOLLO, 2015, p.83)

O consumo de colesterol apresentou um aumento gradativo com o passar dos



anos, sendo maior em 2014 do que a média verificada em 2012 e 2013. As gorduras saturadas também ganham destaque pelo consumo excessivo, principalmente no ano de 2014 o qual apresentou média de 22,13%, sendo que o recomendado é de apenas 7% do VET. Já as gorduras poliinsaturadas e monoinsaturadas apresentaram valores abaixo do recomendado. Com recomendação de 20 a 30g ao dia, as fibras também apresentaram um consumo a baixo do recomendado nos três anos da pesquisa. (VITOLLO, 2015, p. 83)

**Tabela 4:** Dados referentes ao Recordatório 24hs dos pacientes com DCNT com atendimento no Ambulatório de Nutrição.

|                            | 2012            | 2013            | 2014           |
|----------------------------|-----------------|-----------------|----------------|
|                            | Média±DP        | Média±DP        | Média±DP       |
| Proteínas%                 | 17,68±40,5      | 17,08±5,09      | 18,95±6,43     |
| Carboidratos%              | 52,90±9,87      | 52,85±9,36      | 50,58±12,02    |
| Lipídeos%                  | 29,39±8,84      | 29,34±7,53      | 30,47±9,70     |
| Kcal                       | 1703,98±626,8   | 1948,58±590,11  | 2137,71±832,10 |
| Vitamina D (mcg)           | 0,79±0,72       | 1,31±1,17       | 1,55±1,94      |
| Cálcio (mg)                | 387,65±225,03   | 441,33±289,17   | 447,45±406,99  |
| Sódio (mg)                 | 2200,43±2334,39 | 2333,56±1250,03 | 2712,95±4694,9 |
| Zinco (mg)                 | 7,68±5,15       | 9,13±6,55       | 10,00±9,80     |
| Selênio (mcg)              | 56,55±32,9      | 58,99±40,89     | 58,47±48,69    |
| Colesterol (mg)            | 185,02±113,07   | 231,88±142,84   | 268,31±167,98  |
| Gordura saturada (g)       | 17,10±9,23      | 17,89±8,98      | 22,13±15,23    |
| Gordura poliinsaturada (g) | 9,22±8,23       | 10,51±8,69      | 10,42±8,85     |
| Gordura moniinsaturada (g) | 14,12±8,69      | 14,64±9,40      | 17,77±14,73    |
| Fibras (g)                 | 13,24±6,25      | 17,52±8,16      | 16,53±9,09     |

\*Valores referenciais: Vit. D = 5mcg; Ca = 1000mg; Na = 2400mg; Zn = 11,0mg; Se = 55,0mcg; Colest. = 200mg; G. Sat. = <7% do VET; G. Poli. = <10% VET; G. Mono. = <20% do VET; Fibras = 20 – 30g.

## DISCUSSÃO

Segundo a OMS, as DCNT podem levar décadas para se instalar completamente na vida de uma pessoa, podendo ter origem na idade jovem. As condições de vida poderão

influenciar na emergência da doença, porém estas não são resultantes unicamente de comportamentos habituais. Caracterizadas por doenças de longa duração apresentam diversas formas para sua prevenção, mas quando se refere ao tratamento é necessário um tempo maior com abordagem sistemática para cada indivíduo. (BRASIL, 2008).

Conforme a pesquisa de Cavalcanti et al. (2009), em uma população de 117 indivíduos, 81,2% da população estudada apresentavam pelo menos um tipo de DCNT, o que indica o significativo aumento de DCNT na população. Considerando o estado nutricional também foram averiguados o IMC e a RCQ dos pesquisados, os quais resultaram IMC com média de  $30,98 \pm 3,32$  kg/m<sup>2</sup> e a RCQ média ficou em  $0,97 \pm 0,10$ , demonstrando o sobrepeso nessa população com DCNT, destacando-se ainda os riscos para doenças cardiovasculares. Resultados que vem ao encontro dos achados no presente estudo, onde verificou-se que em média os participantes apresentaram excesso de peso e obesidade.

Segundo dados da OMS (2004, 2005) o padrão alimentar dos indivíduos é um importante condicionante da morbimortalidade por doenças crônicas ao longo de todas as fases da vida. O consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras (consumo diário inferior a 400 gramas ou, aproximadamente, cinco porções por pessoa) é responsável anualmente por 2,7 milhões de mortes e por 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cerebrovasculares e 19% dos cânceres gastrointestinais ocorridos em todo o mundo.

Ainda segundo a OMS, as dislipidemias, causadas majoritariamente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal, também aumentam as doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração (OMS, 2004). Assim, a OMS preconizou na Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde a adoção de hábitos saudáveis, incluindo o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras (OMS, 2004).

Com base em recentes dados divulgados pelo Ministério da Saúde, 52% de homens e 44,7% de mulheres com mais de 18 anos de idade encontram-se em sobrepeso. A OMS considera o excesso de peso responsável pelas principais doenças crônicas, sendo 58% da carga de doenças relacionadas ao diabetes mellitus tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer do cólon e reto e 8% do câncer de mama. (BRASIL, 2014).

No presente estudo também verificou-se que a maioria dos participantes encontram-se com excesso de peso, e possuindo uma série de agravantes associados a essa condição.

Conforme a pesquisa pode-se constatar uma prevalência do gênero feminino com DCNT que buscaram acompanhamento nutricional. Esses resultados podem ser compreendidos por que as mulheres buscam mais os serviços de saúde e desenvolvem uma percepção mais acentuada em relação ao seu estado de saúde. Pesquisas recentes relatam que a expectativa de vida das mulheres é maior do que a dos homens, pois em

---

caso de doenças crônicas, o diagnóstico é feito precocemente, possibilitando o tratamento eficaz. (CAMARGOS; GONZAGA, 2015, p.1469)

Destaca-se na presente pesquisa os elevados índices de pacientes que não retornaram para a reconsulta após a entrega do plano alimentar, com percentuais superiores a 70% nos três anos da pesquisa. Conforme Busnello et al. (2011, p.218), pacientes que realizam intervenções nutricionais normalmente apresentam baixa adesão ao tratamento, tanto a curto como a longo prazo. Ainda são desconhecidas as razões que levam a esses índices significativos de desistência, mas presume-se algumas causas, como desaparecimento de sintomas que levaram o paciente a buscar o tratamento, o que o faz pensar que não necessita mais de acompanhamento, ou falta de tempo, bem como desinteresse com a proposta ou estratégia prescrita, problemas familiares, entre outros.

Fatores de riscos são considerados em relação a DCNT, os quais também podem ser comportamentais envolvendo a alimentação, exercício físico, tabagismo e consumo excessivo de álcool. Estes fatores de riscos podem ser monitorados através do estilo de vida adotado, os quais se relacionam a decisões sobre atividades de lazer, comportamentos e hábitos alimentares. (MALTA et al., 2015, p.204). O presente estudo relatou um baixo consumo de álcool e tabaco nos três anos, porém, grande parte dos pacientes não realizavam nenhum tipo de atividade física, relatando o presente sedentarismo em pacientes com DCNT. Malta et al. (2015, p.204) concluíram uma prevalência de inatividade física em mulheres e homens adultos com mais de 24 anos (sendo considerando lazer e o deslocamento para o trabalho), destacando-se ainda aqueles com menor instrução e estudo. Os índices mostram que jovens de 18 a 24 anos são os que realizam exercícios físicos regularmente.

Analisando o consumo alimentar (Tabela 4), dos pacientes com DCNT, destacamos o excessivo consumo de lipídeos, sódio, gordura saturada, bem como a pouca ingestão de vitamina D, cálcio e fibras. Souza et al. (2015, p.1596) o padrão alimentar tem apresentado modificações no decorrer das últimas três décadas, sendo que diversos alimentos considerados tradicionais passaram a ser substituídos diariamente por alimentos preparados pela indústria. Pode-se observar a redução na ingestão de fibras, e o aumento significativo do consumo de alimentos com alto valor energético, porém com baixo valor em nutrientes e quantidades excessivas de sódio, gordura trans, gordura saturada e ainda carboidratos refinados. Esses alimentos são considerados fatores de riscos para o desenvolvimento e agravamento das DCNT.

De acordo com os dados encontrados, destacou-se o baixíssimo consumo da vitamina D pelos pacientes com DCNT pesquisados. A hipovitaminose D correlacionada as doenças crônicas estão sendo muito questionadas nos últimos anos, SANTOS et al (2015, p.174) destacaram em sua pesquisa que 87% de pacientes crônicos pesquisados por eles apresentavam déficit de vitamina D, o que demonstra a importante relevância do déficit no consumo alimentar de alguns nutrientes desses pacientes.

Outro valor significativo encontrado foi no consumo excessivo do sódio, o qual indicou que alguns pacientes consumiam uma quantidade de mais de 7000mg ao dia,

destacando-se que o valor limítrofe conforme a recomendação da OMS (2003) é de 2000mg. O atual consumo elevado de alimentos ricos em sódio pela sociedade apresenta um aumento relevante dos riscos de doenças cardiovasculares correlacionados a prevalência de agravos da hipertensão arterial sistêmica. (PIOVESANA et al, 2012, p. 2).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se com este estudo alta prevalência de indivíduos com DCNT atendidos no Ambulatório de Nutrição, sendo que a maioria eram mulheres adultas jovens. O motivo mais frequente pelo qual esses pacientes buscaram o acompanhamento nutricional era o emagrecimento, não sendo prioritariamente a patologia.

Com relação aos hábitos de vida dos pesquisados, a grande maioria apresentou baixa ingestão hídrica e referiram sedentarismo. Muitos pacientes relataram doenças hereditárias iguais as que possuem atualmente enfatizando o fator genético associado nesse processo. No que diz respeito aos dados antropométricos, os resultados demonstraram alto percentual de sobrepeso, e risco para doenças cardiovasculares.

Os micronutrientes e macronutrientes apresentaram valores diferenciados, alguns bem inferior ao recomendado como a vitamina D, o cálcio e as fibras, em contrapartida o consumo de sódio, gordura saturada e carboidratos simples demonstraram ser excessivamente consumidos, o que pode ser um dos desencadeantes do sobrepeso e das patologias apresentadas.

Diante do exposto, conclui-se, que há necessidade de se intensificar as atividades de educação nutricional e monitoramento do estado nutricional dessa população. Buscar entender os reais motivos das desistências as consultas e tentar novas formas de motivá-los, uma vez que as modificações do estilo de vida, envolvem também a nutrição, e são partes fundamentais para o sucesso do tratamento não farmacológico dos pacientes.

Assim, entende-se que as DCNT têm aumentado de forma acelerada na população, o que demonstra a necessidade de mudanças nos hábitos alimentares e de vida, nesse sentido a nutrição pode se tornar o principal determinante modificável para a prevenção das DCNT através de dietas saudável e o controle do peso.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2016.

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: [http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas\\_flavio1.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf). Acesso em: 06 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância à Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes\\_doencas\\_cronicas.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf)> Acesso em: 09 out. 2016.

BUSNELLO, Fernanda Michielin, et al. Intervenção Nutricional e o impacto da adesão ao tratamento de pacientes. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v.97. n.3. p.217-224, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v97n3/aop07011.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2016.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos; GONZAGA, Marcos Roberto. Viver Mais e Melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Caderno de saúde pública**. Rio de Janeiro. v.31, n.7, p.1460-1472, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1460.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2016.

CAVALCANTI, Christiane Leite, et al. Prevalência de Doenças Crônicas e o Estado Nutricional. **Revista de Saúde Pública**. v.11, n.6, p. 865-877, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n6/v11n6a03.pdf> . Acesso em: 29 out. 2016.

CUPARRI, Lilian. **Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis**. Ed. 4. São Paulo: Manolé, 2009.

FRANCISO, Priscila Maria Stolses Bergamo et al. **Desigualdades sócio-demográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: Inquérito telefônico em Campinas, São Paulo**. Campinas/ São Paulo, 2015. 12 f. Departamento de saúde coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de ciências médicas. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n1/2237-9622-ress-24-01-00007.pdf> Acesso em: 14 jul. 2016.

GOMES, Adriana de Andrade, et al. Caracterização do consumo alimentar por meio de questionário simplificado: Contribuição para os estudos de vigilância alimentar e nutricional. **Caderno de Saúde**. V.23, n.4, p.368-373, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n4/1414-462X-cadsc-23-4-368.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Estilos de vida da população brasileira: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**. Brasília, 2015. 10 f. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.

MARTINEZ, Sílvia. A nutrição e a alimentação como pilares dos programas de promoção da saúde e qualidade de vida nas organizações. **Revista O mundo da Saúde**. v. 37, n. 7, p.201-207, 2013. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/102/9.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/102/9.pdf).

Acesso em: 12 out. 2016.

MÁSSIMO, Erika de Azevedo Leitão; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. **Riscos para doenças crônicas na ótica de participantes do Vigitel**. São Paulo, 2014. 13 f. Projeto Vigitel. Fundação de amparo a pesquisa do estado de Minas Gerais – Programa pesquisador mineiro. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0651.pdf> > Acesso em: 20 agos.2016.

PIOVESANA, Paula de Moura et al. Revisão: Metodologia para análise da sensibilidade gustativa do sal. **Brazilian Journal of food technology**. v. 15, n. 3, p. 2, 2012. Disponível: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-67232012005000013> > Acessado em: 01 dez. 2016.

SANTOS, Fania Cristina et al. Dor crônica em idosos longevos: prevalência, características, mensurações e correlação com nível sérico de vitamina D. **Revista Dor**. v. 16, n. 3, p. 171 – 175. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n3/pt\\_1806-0013-rdor-16-03-0171.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n3/pt_1806-0013-rdor-16-03-0171.pdf) > Acesso em: 01 dez. 2016.

SOUZA, Danielle Ribeiro; et al. Fontes alimentares de macronutrientes em amostra probabilística de adultos brasileiros. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v.20, n.3. p.1595-1606, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n5/1413-8123-csc-20-05-01595.pdf>> Acesso em: 30 out. 2016.

World Health Organization. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: WHO; 2005.

World Health Organization. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva: WHO; 2004.

VITOLLO, Márcia Regina. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. ed.2. Rio de Janeiro: Rúbio, 2015.

VITORINO, Priscila Valverde de Oliveira et al. Prevalência de estilo de vida sedentário entre adolescentes. **Revista Acta Paul Enfermagem**, v.27, n.1, p.166-171, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0166.pdf>> Acesso em: 28 set. 2016.

# ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SATISFAÇÃO NO TRABALHO: PROCESSOS DIALÉTICOS NA SAÚDE MENTAL<sup>1</sup>

## PSYCHOSOCIAL ATTENTION AND SATISFACTION AT WORK: DIALECTICAL PROCESSES IN MENTAL HEALTH

Mara Cristina Ribeiro<sup>2</sup>  
Alice Correia Barros<sup>3</sup>  
Marinho da Silva Correia<sup>4</sup>  
Rebeca de Oliveira Lessa<sup>5</sup>  
Lucas Nascimento Tavares<sup>6</sup>  
Jéssica Bazilio Chaves<sup>7</sup>

Recebido em: 12 fev. 2017  
Aceito em: 10 maio 2018

**RESUMO:** Introdução: O modelo de atenção psicossocial tem exigido profissionais comprometidos com um novo paradigma de cuidado que traz novos e diferentes desafios, podendo gerar nos trabalhadores satisfação, insatisfação, bem como outros sentimentos que envolvem a efetivação das novas propostas. A satisfação ou a insatisfação com o trabalho incorre em consequências que podem ser fonte de alegria e bem-estar ou acarretar prejuízos à saúde do trabalhador e à qualidade do serviço prestado. Objetivo: A pesquisa teve como objetivo conhecer e analisar a satisfação e outros sentimentos gerados no exercício do trabalho nos Centros de Atenção Psicossocial. Método: Trata-se de pesquisa qualitativa desenvolvida com 19 trabalhadores de nível superior representantes de 04 serviços de uma capital do Nordeste. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e analisados com base na Análise Categorical. Resultados: A identificação com a área, a motivação em aprofundar seus conhecimentos e os bons resultados alcançados com as novas propostas de cuidado aparecem como determinantes para que

---

<sup>1</sup> A presente pesquisa foi desenvolvida pelo Programa de Educação pelo Trabalho (PET) – Saúde Mental da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, aprovada pelo CEP sob o número de protocolo 1979/12. Foi apresentada no 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Goiânia, 2015.

<sup>2</sup> Terapeuta Ocupacional, Doutora em Ciências, Professora Titular da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Maceió, Alagoas, Brasil. Endereço para correspondência: Mara Cristina Ribeiro. Centro de Ciências Integradoras – NUCISP/UNCISAL R. Dr. Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra, Maceió - AL, 57010-300. Telefone: (82) 33251540. E-mail: [maracrisribeiro@gmail.com](mailto:maracrisribeiro@gmail.com).

<sup>3</sup> Enfermeira, Especialista em Saúde da Família, Residente em Psiquiatria e Saúde Mental. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: [licinhabarros@hotmail.com](mailto:licinhabarros@hotmail.com).

<sup>4</sup> Enfermeiro. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: [marinhoscorreia@hotmail.com](mailto:marinhoscorreia@hotmail.com).

<sup>5</sup> Enfermeira. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: [bekalessa@hotmail.com](mailto:bekalessa@hotmail.com).

<sup>6</sup> Acadêmico de medicina. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: [luk\\_tav@hotmail.com](mailto:luk_tav@hotmail.com).

<sup>7</sup> Terapeuta Ocupacional, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Alagoas. Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: [jessicabazilioc@gmail.com](mailto:jessicabazilioc@gmail.com).

### **Contribuições na elaboração do artigo**

Barros AC, Correia MS, Lessa RO, Tavares NL e Chaves JB contribuíram com a produção dos dados, análise e interpretação dos resultados e elaboração do artigo até a sua versão final.

Ribeiro MC contribuiu na concepção do trabalho, orientação, análise e interpretação dos resultados e revisão crítica do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

o trabalhador se sinta satisfeito. No entanto, constatou-se que os profissionais se deparam cotidianamente com problemas que foram associados à geração de insatisfações e outros sentimentos como angústia, incapacidade, tristeza e frustração. Conclusão: As questões levantadas sugerem necessidade de maiores investimentos nesses serviços, capacitações dos profissionais, ampliação e diversificação da rede de atenção psicossocial para garantir satisfação no exercício do trabalho e na qualidade da assistência prestada.

**Palavras-chave:** Saúde mental. Serviços de Saúde Mental. Pessoal de Saúde. Satisfação no Emprego. Pesquisa Qualitativa.

**ABSTRACT:** Introduction: The psychosocial care model has required professionals committed to a new care paradigm that brings new and different challenges, which can generate satisfaction in workers, dissatisfaction, and other feelings that involve the execution of the new proposals. The satisfaction or dissatisfaction with the work incurs consequences that can be a source of joy and well-being or cause damage to workers' health and quality of service. Objective: The objective was to identify and analyze the satisfaction and other feelings generated in the performance of work in Psychosocial Care Centers. Method: This is a qualitative research conducted with 19 top-level workers representatives from 04 of the capital of Northeast services. Data were collected through semi-structured interviews and analyzed based on Categorical Analysis. Results: Identification with the area, the motivation to deepen their knowledge and the good results achieved with the new care proposals appear as decisive for the worker to feel satisfied. However, it was found that professionals are faced daily with problems that were associated with the generation of dissatisfactions and other feelings such as anxiety, failure, sadness and frustration. Conclusion: The issues raised suggest the need for greater investment in these services, training of professionals, expansion and diversification of psychosocial care network to ensure satisfaction in work performance and quality of care.

**Keywords:** Mental Health. Mental Health Services. Health Personnel. Job Satisfaction. Qualitative Research.

## INTRODUÇÃO

A política nacional de saúde mental tem investido na expansão contínua dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), entendendo-os como serviços estratégicos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para a superação do modelo asilar (ASSIS et al., 2014). Seus objetivos não se limitam ao atendimento médico e psicológico, respondem à perspectiva da construção de um território de atenção, tecido na rede de cuidados à saúde mental, garantindo o acesso e a equidade, produzindo autonomia e direito aos seus usuários por meio da assistência realizada por equipe multidisciplinar.

Desta forma, têm por base um trabalho comunitário, humanizador e reintegrador do homem no contexto social, trazendo nova significação individual e social para as pessoas que os frequentam (SCHNEIDER et al., 2009).

Segundo Zerbetto et al (2011) a tendência atual é a construção e o fortalecimento de um novo paradigma de cuidado, o da atenção psicossocial, que pressupõe ações não só nas esferas da concepção do processo saúde-doença mental mas também nos meios teórico-técnicos, nas organização das relações intrainstitucionais, nas relações da



instituição e seus agentes com a clientela e com a população em geral.

Para tanto, os CAPS dispõem de equipe multidisciplinar em ações interdisciplinares e intersetoriais; oferecendo atendimentos individuais e grupais, oficinas terapêuticas, oficinas de geração de renda, atividades lúdicas e desportivas, tratamento medicamentoso, atendimento familiar, articulação com a rede e com o território, entre outras estratégias, visando garantir a construção de um lugar social aos seus usuários e estimular seu protagonismo frente à vida (RIBEIRO, 2013).

A Portaria nº 854 de 2012 amplia as ações desenvolvidas por este serviço, incluindo a promoção de contratualidade no território, ações de reabilitação psicossocial e redução de danos, matriciamento e articulação de redes intra e intersetoriais (ASSIS et al., 2014).

Embora o modelo de atenção exija profissionais comprometidos com o paradigma da atenção psicossocial, estes, em suas práticas cotidianas, encontram grande dificuldade, uma vez que não possuem em sua formação os subsídios necessários para a compreensão desse novo modelo (RIBEIRO, 2015).

Estudos têm evidenciado grandes lacunas entre a formação dos trabalhadores e as exigências práticas nos CAPS, demonstrando a dificuldade do trabalhador em conciliar o seu aprendizado teórico com os desafios do cotidiano que o novo cuidado em saúde mental incita (RIBEIRO, 2015; FILIZOLA, MILIONI, PAVARINI, 2008). Estas dificuldades, entre outras, podem gerar nos trabalhadores falta de motivação no desenvolvimento do processo de trabalho e na qualidade de vida dos mesmos.

Para Athayde e Hennington (2012), o campo da saúde ocupacional vem oferecendo contribuições importantes para o entendimento das repercussões do trabalho sobre a saúde e o bem-estar de profissionais. Apesar da relevância do tema, a produção científica sobre a satisfação dos trabalhadores que atuam nesses serviços ainda é escassa.

Estar ou não satisfeito com o trabalho incorre em consequências diversas, sejam elas no plano pessoal ou profissional, afetando diretamente o comportamento, a saúde e o bem-estar do trabalhador. A satisfação no trabalho pode ser, por conseguinte, fonte de saúde, bem como a insatisfação pode gerar prejuízos à saúde física, mental e social, acarretando problemas à organização, ao ambiente de trabalho (MARQUEZE, MORENO, 2005) e, conseqüentemente, um prejuízo no que diz respeito à qualidade da assistência prestada ao usuário.

Há que se considerar as transformações ocorridas no mundo do trabalho e os movimentos de reforma do setor saúde, os quais se configuram como processos promotores de mudanças na gestão e na organização dos processos de trabalho em saúde e, nesse caso específico, em saúde mental. Assim, os trabalhadores estão expostos a diversas situações, as quais podem ocasionar maior ou menor satisfação.

Portanto, conhecer se há ou não satisfação no exercício das novas práticas e se a isso somam-se outros sentimentos, gera subsídios para a criação de estratégias que possam melhorar a qualidade de trabalho e de vida dos trabalhadores e,

consequentemente, contribuir com a qualidade dos serviços prestados.

Desta forma, desenvolveu-se esta pesquisa, cujo objetivo foi conhecer e analisar a satisfação e outros sentimentos gerados no exercício do trabalho desenvolvido nos CAPS, tendo em vista que as novas estratégias de trabalho utilizadas nesses serviços exigem de seus trabalhadores diferentes protagonismos.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

A pesquisa qualitativa é interpretativa, baseada em experiências, situacional e humanística, desta forma, as atividades e contextos selecionados para se investigar são escolhidos por oferecem possibilidades de compreensão de como alguma realidade funciona, considerando as experiências como revelações perspicazes (STAKE, 2011). Portanto, para alcançar os objetivos propostos desse estudo optou-se pela abordagem qualitativa.

A investigação foi desenvolvida em quatro Centros de Atenção Psicossocial de uma capital da região nordeste do Brasil. Foram sujeitos do estudo 19 trabalhadores desses serviços, com formação superior, das mais diversas categorias profissionais. Estes foram convidados a participar do estudo na reunião técnica dos serviços, após a explicação sobre a pesquisa e seus objetivos. Todos que se mostraram disponíveis foram contatados em momento posterior e, respeitando o critério de intencionalidade - que permitiu a variação das formações profissionais dos entrevistados - foram marcadas entrevistas individuais.

Para a coleta dos dados foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada com o uso de formulário contendo questões fechadas, que permitiram conhecer o perfil dos participantes e a criação de um gráfico sobre o nível de satisfação dos trabalhadores, e questões abertas, que permitiram avaliar de forma mais aprofundada a visão dos entrevistados sobre suas satisfações, insatisfações e outros sentimentos gerados no exercício do trabalho. O período destinado para a esta etapa foi entre maio a agosto de 2013.

O método utilizado para analisar as informações obtidas foi a Análise de Conteúdo, em sua modalidade Análise Categral, percorrendo os caminhos de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, e por fim sua interpretação e possíveis inferências (BARDIN, 2011).

Todos os aspectos éticos que envolvem investigação com seres humanos foram respeitados durante o trâmite da pesquisa, atendendo à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número de protocolo 1979/12. Todos os participantes, após esclarecimentos acerca dos objetivos da pesquisa e da garantia de preservação de suas identidades, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para a apresentação dos resultados foram atribuídas siglas aos nomes dos sujeitos entrevistados a fim de preservar sua identidade.

## RESULTADOS

Foram entrevistados 19 profissionais de nível superior de diferentes formações, a **Tabela 1** apresenta a quantidade correspondente por formação dos entrevistados. Destes entrevistados, à época do estudo, 13 possuíam apenas ensino superior completo, 05 completaram pós-graduação *lato sensu* e 01 possuía doutorado. Seis profissionais tinham complementação específica em saúde mental como capacitação (2), especialização (3) e residência e doutorado em psiquiatria (1).

**Tabela 1.** Formação dos entrevistados

| FORMAÇÃO            | QUANTIDADE |
|---------------------|------------|
| Enfermagem          | 04         |
| Psicologia          | 03         |
| Terapia Ocupacional | 03         |
| Medicina            | 02         |
| Farmácia            | 02         |
| Fisioterapia        | 01         |
| Fonoaudiologia      | 01         |
| Nutrição            | 01         |
| Educação Física     | 01         |
| Teatro              | 01         |

Fonte: Dados da Pesquisa

A média de idade foi de 38 anos e meio, com mínimo de 25 e máximo de 65; 16 dos entrevistados eram do sexo feminino.

Com relação à caracterização dos trabalhadores segundo o tempo de serviço, os participantes do estudo possuíam tempo médio de trabalho em saúde mental de 6 anos e 8 meses, sendo o tempo de trabalho específico nos CAPS de 5 anos e 4 meses.

Para a análise das falas foram estabelecidas categorias para a melhor compreensão dos temas encontrados. Desta forma, após as leituras de assimilação, utilizando critérios de relevância e de repetição e tendo o objetivo da pesquisa como pano de fundo, foram estabelecidas duas categorias:

1. A (in) satisfação profissional em relação ao trabalho exercido no CAPS e seus motivos;
2. Outros sentimentos despertados durante o trabalho no CAPS e seus motivos.

### **Categoria 1: Satisfação ou insatisfação profissional em relação ao trabalho exercido no CAPS e seus motivos**

Esta primeira categoria apresenta a percepção de satisfação ou insatisfação dos

profissionais no exercício do trabalho nos CAPS, tendo como preocupação não somente a apresentação do nível de satisfação dos respondentes, mas também a compreensão das motivações acerca desses sentimentos.

Desta forma, ao responderem as questões relativas à satisfação com o trabalho que exercem no CAPS, os entrevistados, inicialmente, tiveram a opção de responder, por meio de uma pergunta fechada, se sentiam-se muito satisfeitos, satisfeitos, um pouco satisfeitos ou insatisfeitos. Uma parte significativa dos profissionais respondeu que se sente satisfeito com o trabalho, o que pode ser verificado na **Figura 1**.

**Figura 1:** Representação do nível de satisfação dos profissionais em relação ao trabalho exercido no CAPS.



Fonte: Dados da pesquisa

Após essa questão fechada, o estudo procurou conhecer, por meio de uma questão aberta, as razões que sustentavam suas respostas.

A identificação com a área de trabalho e os resultados positivos alcançados pelo serviço foram apontados como fatores que geram satisfação.

[...] acho que é muito satisfatório você ver o paciente falando de como era e como está, o que o CAPS fez por ele. (P11)

Eu tenho me identificado e tenho ficado satisfeita, não muito satisfeita ainda, porque eu gostaria de ter mais condições de exercer este trabalho e até me formar melhor também estando aqui nesta área específica. (P8)

[...] é extremamente gratificante, é um trabalho que a gente tá trocando sempre informação, estamos chegando perto de uma população que, geralmente, não tem um acesso fora. (P4)

No entanto, é interessante apontar que, apesar de 13 dos respondentes afirmarem muita satisfação ou satisfação com o trabalho exercido no serviço, ao serem convidados a explicar os motivos da satisfação, muitos expressaram contradição, pois apresentaram considerações que demonstravam certo grau de insatisfação.

Desta forma, ao mesmo tempo em que encontramos nas falas daqueles que disseram estar muito satisfeitos ou satisfeitos ponderações como:

Acho que o CAPS tem grandes possibilidades de fazer um trabalho efetivo [...]. (P6)

É um trabalho que a gente está trocando sempre informações, estamos chegando perto de uma população que geralmente não tem um acesso fora de um meio como esse [...]. (P4)

Porque eu gosto de trabalhar aqui, eu me identifiquei muito com o serviço, com os usuários. (P19)

Eu me capacitei sozinha, em estudar, pesquisar, ver como é o andamento de uma pessoa com transtorno mental, e hoje eu posso dizer que estou satisfeita. (P12)

Também foi possível encontrar, entre estes mesmos respondentes, falas como as abaixo:

É muito desmotivante vir pra cá todos os dias e você não ter perspectiva nem de melhora. (P19)

Tem vezes de eu querer sair pra ir pra outro serviço, só que com o passar do tempo eu aprendi a lidar com as situações [...]. (P12)

[...] porque eu não consigo fazer tudo o que eu queria fazer [...] porque somos muito dependentes de outras coisas. (P16)

Com relação a pouca satisfação ou insatisfação, os entrevistados justificam suas respostas relacionando-as a faltas gerais: falta de estrutura, de material, de investimento, de reconhecimento da importância do serviço perante a gestão municipal, de articulação da rede, entre outras.

Não tem espaço adequado, não tem material adequado... Não propicia um atendimento adequado. (P1)

Insatisfeito! Porque a gente tem muito pouca resolutividade nas ações, há muito pouco investimento da saúde mental municipal, da saúde municipal de uma forma geral. A rede é pouco articulada, o que existe é pouco articulado e muitos pontos que deveriam existir da rede, não existem. (P9)

[...] falta material, falta estrutura física, falta capacitação, então você acaba se desmotivando cada vez mais. (P18)

As falas, ainda, tornam evidente o desejo de mudanças no sentido de possibilitar a realização dos objetivos que os CAPS se propõem e que os seus trabalhadores esperam executar.

Porque mesmo a gente querendo fazer, a gente não consegue fazer 100% daquilo que a gente quer. Aí deixa a sensação de insatisfação, mesmo... porque a gente não consegue demonstrar o que a gente pode fazer. (P13)

A gente não consegue fazer um trabalho de matriciamento, a gente não consegue fazer um trabalho de inserção territorial, e é muito difícil fazer o trabalho que o CAPS deveria fazer [...] então a gente tem muita dificuldade com relação a isso, por isso a insatisfação. (P9)

## **Categoria 2: Outros sentimentos despertados durante o trabalho no CAPS e seus**

### **motivos**

Nessa categoria, são expostos outros sentimentos gerados a partir das práticas exercidas nos CAPS, ou seja, para além dos sentimentos de satisfação ou insatisfação, o estudo procurou conhecer que outras emoções o exercício do trabalho no CAPS desperta.

Nas falas dos profissionais entrevistados, pode-se perceber a presença de sentimentos positivos.

É extremamente gratificante, é um trabalho que a gente está trocando sempre informação. (P4)

[...] Eu me sinto realizada como pessoa, como profissional, resumindo, como tudo! (P5)

Eu acho assim, que trabalhar com saúde mental é tudo de bom, se você focar assim para sua própria vida, então você diminui o seu sofrimento com o sofrimento das outras pessoas, entendeu? Eu acho que contribui muito para a sua vida pessoal. (P12)

No entanto, foram também citados aspectos negativos como sentimentos de angústia, incapacidade, tristeza, frustração.

É um sinal de que eu não sou, como se fosse incapacidade, é um sentimento de incapaz, você tenta fazer alguma coisa, porque o trabalho não só depende de mim. (P7)

[...] tristeza com muitas, tem muita história triste, muito abandono, descaso é, muita... enfim, é, é a tristeza e a ansiedade é pela falta de condições de trabalho mesmo. (P9)

Frustração. Acho que o maior sentimento é o de frustração. (P18)

É angustiante, imagine a frustração do profissional em você querer ver um usuário que você sabe que você tem condições dele ter uma melhora substancial e você fica de mãos atadas, porque só com o trabalho humano as vezes você não consegue atingir os objetivos que você quer, porque haja criatividade de só aqui com o corpo estar trabalhando com eles diariamente. (P19)

Estes e outros relatos indicam que a falta de estrutura, somada ao pouco investimento na qualificação dos trabalhadores e as deficiências da rede de assistência à saúde mental geram consequências graves no exercício do trabalho, pois acarretam sentimentos bastante nocivos ao trabalhador.

Ao serem questionados a respeito dos motivos que justificam os sentimentos expostos acima, evidenciou-se que os entrevistados, apesar de sentirem-se satisfeitos e gostarem de suas práticas, sentem frustração por quererem realizar o trabalho e ao mesmo tempo terem que lidar com a falta de condições no serviço e de investimento do poder público na área da saúde mental.

Eu gosto de trabalhar aqui, me identifiquei muito com o serviço, com os usuários, mas o que está faltando pra gente há muito tempo é estrutura, a gente não tem nada pra trabalhar mesmo [...] e não ter ideia do que você vai trabalhar naquele dia porque não tem material básico que é caneta, papel, lápis, então você tem que se virar em mil pra poder ter uma ideia do que vai fazer. (19)

Primeiro a clientela... é uma clientela difícil... além do transtorno em si, tem a questão social, a questão do ambiente, tem a família... a questão do serviço em si... não tem espaço adequado, não tem material adequado... não propicia um atendimento adequado. (P14)

Porque você quer realizar e não consegue, tem esse entrave, principalmente do poder público, [...] que a saúde mental é uma área que não é valorizada na saúde. Sempre é excluída. (P18)

## DISCUSSÃO

Sabemos que satisfação no trabalho é uma condição determinada por aspectos intrínsecos e extrínsecos ao ambiente (GUIMARÃES, JORGE, ASSIS, 2011) e, portanto, faz sentido a consideração de diferentes enfoques que resultam na geração desse sentimento ou de seu contrário.

A identificação com a área, a motivação em aprofundar os conhecimentos e os bons resultados alcançados com as novas propostas de cuidado podem ser determinantes para que o trabalhador sinta-se estimulado e, portanto, satisfeito.

O trabalho em equipe e o contato com o usuário também foram elencados como razões de satisfação no exercício do trabalho, corroborando com estudos anteriores sobre a temática (RIBEIRO, 2015; REBOUÇAS, LEGAY, ABELHA, 2007).

No entanto, foi possível detectar que muitos, ao serem convidados a refletir sobre a sua satisfação com relação ao trabalho se contradizem exatamente porque diversas perspectivas se envolvem nessa avaliação. Assim, o que de imediato foi respondido como satisfação ou muita satisfação no trabalho, transforma-se por meio de um aprofundamento sobre as razões dessa satisfação em outros sentimentos, trazendo à tona aspectos ligados às desmotivações geradas pela própria exposição a situações de estresse diário, que são características comuns nos CAPS.

A saúde mental é um campo de conhecimento e de atuação técnica bastante complexo que vem exigindo de seus trabalhadores atuarem com novas tecnologias de cuidado, ações integradas da equipe, relações horizontais com usuários, familiares e aproximação real com a comunidade. Estas novas demandas do cuidado podem acarretar ao trabalhador compromissos mais efetivos com o sucesso do tratamento, por ser o trabalhador, nessas novas proposições, protagonista das transformações do cuidado e da qualidade dos serviços.

Portanto, é possível inferir que o alcance ou não dos objetivos aos quais o exercício do trabalho se propõe, se apresenta como determinante na avaliação de satisfação.

Importante pontuar que aqueles que se colocaram de imediato como insatisfeitos ou um pouco satisfeitos, relacionam essa avaliação diretamente aos resultados que não podem ser alcançados devidos às faltas materiais e estruturais percebidas no dia-a-dia dos serviços.

São estas mesmas faltas que geram, segundo nossos entrevistados, outros sentimentos além da insatisfação, tais como angústia, tristeza e incapacidade.

Estudos realizados em outras regiões do país também têm indicado a falta de estrutura física e pouco investimento como fatores que impulsionam a insatisfação dos trabalhadores da área de saúde mental (REBOUÇAS, LEGAY, ABELHA, 2007; De MARCO et al, 2008; GUIMARÃES, JORGE, ASSIS, 2011).

Outros estudos têm apontado que as gestões municipais, de uma maneira geral, não assumem de forma integral as propostas do Ministério da Saúde e este fato gera a falta de investimento nos serviços, indicando que o reflexo disso são serviços com estruturas físicas precárias, falta de material para as intervenções terapêuticas, bem como equipes pouco investidas no que se refere às capacitações e ações de qualificação do serviço (RIBEIRO, 2016; LUZIO, L'ABATTE, 2009).

Quando falamos no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial os serviços de

saúde mental, parece-nos muitas vezes que estamos muito distantes de alcançar as diretrizes fundamentadoras e os pilares que sustentam suas práticas. Percebe-se que a saúde mental na saúde pública vivencia momentos de fragilidade onde devemos levar em consideração qualquer determinante que venha abalar ainda mais os serviços ofertados por esse sistema.

A ênfase na atenção à satisfação do trabalhador é bastante importante para o alcance dos objetivos do CAPS, pois, o campo psicossocial pressupõe ação integrada da equipe de trabalho, baseada em princípios de solidariedade, acolhimento, cooperação em torno da produção de saúde e cuidado compatíveis com as necessidades dos usuários (SILVA, FONSECA, 2005).

Mesmo considerando os avanços na construção do modelo de atenção psicossocial, as equipes dos serviços de saúde mental têm sido marcadas pela emergência de contradições ligadas aos processos de implantação desses equipamentos, que repercutem nos processos de trabalho, nas relações estabelecidas entre os diferentes atores e, na satisfação, prazer e sofrimento dos trabalhadores (SAMPAIO et al 2011).

Os relatos que emergiram dessa pesquisa demonstram que os profissionais que atuam na área da saúde mental sentem dificuldade em prestar uma assistência de qualidade, pois apesar de sentirem-se realizados profissionalmente e gostarem do trabalho, são obrigados a lidar com uma inversão de investimentos (afetivos, materiais e estruturais) em seu cotidiano, que traz, conseqüentemente, desestímulo, angústia e tristeza.

Desta forma, as dificuldades profissionais no trabalho acabam por interferir na assistência prestada, pois fazem emergir sentimentos como a frustração, a sensação de fracasso e a impotência que impedem o profissional de exercer o seu papel de forma adequada, no sentido de atender às necessidades do usuário nos seus aspectos biopsicossociais (MARQUEZE, MORENO, 2005).

Nos discursos, evidencia-se a presença de diversos sentimentos advindos de um ambiente de trabalho com muita dificuldade estrutural, material e funcional, que caracteriza comportamento de insatisfação profissional e geram dificuldades em lidar com o dia-a-dia no trabalho. O profissional insatisfeito no seu ambiente de trabalho pode desenvolver problemas psicológicos, profissionais e emocionais, que poderão afetar a qualidade do atendimento e dos serviços prestados ao usuário.

Portanto, caminhar entre um cotidiano habitado de sentimentos contraditórios, repleto de satisfações e insatisfações, expectativas e frustrações, potências e impotências, pode exaurir forças e tornar árduo o exercício das práticas psicossociais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os CAPS são serviços que surgiram no contexto da reforma psiquiátrica, criados para romper com a estrutura alienante dos hospitais psiquiátricos, bem como evitar a



segregação do usuário dos serviços de saúde mental e as formas opressoras de tratamentos que o mesmo era submetido. Estão fundamentados na humanização do serviço, nos processos de trabalho desenvolvidos e na atenção integrada à comunidade.

Aos trabalhadores que neles atuam é necessário que estejam engajados com novas tecnologias de cuidado para que possam colocar em prática a integralidade dos cuidados oferecidos, bem como consigam atuar com a subjetividade da saúde mental e as transformações que ocorrem no setor da saúde como um todo.

No entanto, o estudo permitiu constatar que embora muitos trabalhadores se percebam satisfeitos com o trabalho em saúde mental e com as novas práticas exigidas nesse contexto, este mesmo trabalho tem gerado insatisfações das mais diversas ordens.

Evidenciaram-se alguns pontos determinantes de insatisfação como a estrutura física e a falta de manutenção nos ambientes, falta de material de suporte para desenvolvimento das atividades profissionais e falta de capacitação em saúde mental para os trabalhadores que atuam nos CAPS.

O incremento, a ampliação e a diversificação da rede atual de atenção à saúde mental também devem ser priorizados, para tanto, o envolvimento dos gestores é decisivo. A saúde mental deve fazer parte de investimentos maiores nas gestões municipais, para que o trabalhador possa, de fato, realizar a interlocução dos usuários dos serviços com a coletividade, cumprindo, dessa forma, os objetivos que a política de saúde mental se propõe.

Acredita-se que a construção de práticas efetivas do cuidado dentro da perspectiva da atenção psicossocial precisa, necessariamente, atentar para a saúde mental de todos os atores envolvidos e, portanto, as necessidades, expectativas e sofrimentos despertados no trabalho de seus profissionais devem ser considerados, para que, a partir da apuração dessas tensões, possam ser introduzidos elementos nessas práticas que gerem processos de satisfação, alegria e outros sentimentos de bem-estar no trabalho.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, Jaqueline Tavares et al. Política de saúde mental no novo contexto do Sistema Único de Saúde: regiões e redes. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 52, p.88-113, 2014.

ATHAYDE, Vladimir; HENNINGTON, Élida Azevedo. A saúde mental dos profissionais de um centro de atenção psicossocial. **Physis**, v. 22, n. 3, p. 983-1001, 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=400838257008>>

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011.

DE MARCO, Patrícia Furuta et al. O impacto do trabalho em saúde mental: transtornos psiquiátricos menores, qualidade de vida e satisfação profissional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n.3, p.178-183, 2008. Disponível em:

---

<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n3/04.pdf>

FILIZOLA, Carmen Lúcia Alvez; MILIONI, Débora Brechesi; PAVARINI, Sofia Cristina Iost. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 491-503, 2008. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a20.htm>

GUIMARÃES, José Maria Ximene; JORGE, Maria Salete Bessa; ASSIS, Marluce Maria Araújo. (In)Satisfação com o trabalho em saúde mental: um estudo em centros de atenção psicossocial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 4, p. 2145-54, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a14.pdf>

LUZIO, Cristina Amélia; L'ABATTE, Solange. A atenção em Saúde Mental em municípios de pequeno e médio portes: ressonâncias da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 105-116, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100016)

MARQUEZE, Elaine Cristina; MORENO, Claudia Roberta de Castro. Satisfação no trabalho - uma breve revisão. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. v. 30, n. 112, p. 69-79. 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572005000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572005000200007)

MERHY, Emerson Elias. Os CAPS e seus trabalhadores no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: AMARAL, Heloisa; MERHY, Emerson Elias. (organizadores). **A Reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2007. p.55-66.

REBOUÇAS, Denise; LEGAY, Letícia Fortes; ABELHA, Lúcia. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, p. 244-50, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n2/5992.pdf>

RIBEIRO, Mara Cristina. Os Centros de Atenção Psicossocial como espaços promotores de vida: relatos da desinstitucionalização em Alagoas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 24, n. 3, p. 174-82, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v24i3p174-182>

RIBEIRO, Mara Cristina. Trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial de Alagoas: interstícios de uma nova prática. **Interface – Comunicação Saúde Educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 95-107, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0151>

SAMPAIO, José Jackson Coelho et al. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4685-94, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/17.pdf>

SCHNEIDER, Jacó Fernando et al.. Avaliação de um centro de atenção psicossocial brasileiro. **Ciencia y Enfermeria**. Concepción, v. 15, n. 3, p. 91-100, 2009. Disponível em: [http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art\\_10.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n3/art_10.pdf)

SILVA, Ana Luíza Aranha; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** ,

v.13, n.3, p. 441-9, 2005. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692005000300020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300020)

STAKE, R. E. **Pesquisa qualitativa: estudando como as coisas funcionam**. Porto Alegre: Penso, 2011

ZERBETTO, Sonia Regina et al. O trabalho em um centro de atenção psicossocial: dificuldades e facilidades da equipe de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 13 n. 1, p. 99-109, 2011. Disponível em:

[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v13/n1/v13n1a11.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n1/v13n1a11.htm)

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIOS DE PSICOTRÓPICOS DE UM CAPS DA ZONA DA MATA DO ESTADO DE RONDÔNIA

## EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PSYCHOTROPIC USERS OF A CAPS IN THE ZONA DA MATA IN THE STATE OF RONDONIA

Leidiane Dias Franskoviak<sup>1</sup>  
Tânia Eugênia da Silva<sup>2</sup>  
Marielli da Silva Carlotto<sup>3</sup>  
Eraldo Carlos Batista<sup>4</sup>

Recebido em: 22 mar. 2017  
Aceito em: 18 jun. 2018

**RESUMO:** O objetivo deste trabalho foi delinear o perfil epidemiológico dos usuários do CAPS do município de Rolim de Moura, no Estado de Rondônia, que foram medicalizados com psicotrópicos no ano de 2014. Trata-se de uma pesquisa documental, de abordagem quantitativa e de natureza descritiva. Os resultados mostraram predominância do gênero feminino, 70,7%, bem como a faixa etária de 40 a 60 anos, com 56,1% para ambos os sexos. Com relação ao estado civil, a maioria, 47,3%, é casada e estudou apenas até o ensino fundamental. Entre as ocupações, lideram as donas de casa para as mulheres, 37,55%, e a de agricultor, 14,33%, entre os homens. As hipóteses de diagnóstico mostram prevalência de Depressão, 40,8%, entre as mulheres e, 29,5%, entre os homens. Quanto aos psicofármacos, os antidepressivos seguidos dos ansiolíticos lideram como medicamentos mais dispensados no período investigado. Concluiu-se que as características da população estudada apontam para a necessidade de desenvolvimento de estratégias de apoio psicossocial que proporcionem ações efetivas na prevenção e no cuidado da saúde mental dos usuários.

**Palavras-chave:** Psicotrópicos. CAPS. Perfil epidemiológico.

**ABSTRACT:** The objective of this research was to outline the epidemiological profile of CAPS users in the municipality of Rolim de Moura in the Rondonia State, who were medicalized with psychotropic drugs in 2014. This is a documental research, with a quantitative approach of descriptive nature. The results shown predominance of women, 70.7%, with an age group ranging from 40 to 60 years, with 56.1% for both genders. Regarding marital status, the majority, 47.3%, is married and studied only up to primary school. Among the occupations, the housewives led for women, 37.55%, and farmer, 14.33% to men. Diagnosis hypotheses show prevalence of Depression, 40.8%, between women and, 29.5%, between men. As for the psychotropic, the antidepressants followed by anxiolytics led as most dispensed drugs during the investigated period. It was concluded that the characteristics of the studied population point towards the need of developing strategies for psychosocial support, which provide effective actions in the prevention and care of the mental health of users.

**Keywords:** Psychotropic. CAPS. Epidemiological profile.

<sup>1</sup> Graduada em farmácia pela Faculdade São Paulo – FSP.

<sup>2</sup> Graduando em Farmácia pela Faculdade São Paulo – FSP.

<sup>3</sup> Mestre em Farmácia pela Universidade Anhanguera de São Paulo. Docente na Faculdade São Paulo – FSP.

<sup>4</sup> Doutorando em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica (PUCRS).

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da psicofarmacologia é um dos fatos mais marcantes da modernidade. Nos últimos 10 anos, o tratamento psicofarmacológico modificou o cenário da terapêutica, ocupando um lugar central na psiquiatria moderna, pois, a partir da psicofarmacologia, pode-se se sustentar ainda mais uma visão biológica acerca dos fenômenos que ocorrem com o indivíduo. Nesse sentido, a psicofarmacologia adentrou todas as esferas, sendo amplamente utilizada em uma gama de diagnósticos e patologias. (MAGALHAES, 2001; SIQUEIRA, 2016). Assim, Os tratamentos psicofarmacológicos vieram revolucionar a prática psiquiátrica e, o mais relevante, as perspectivas dos seus beneficiários.

Desde então, houve uma tendência para a compreensão psicológica do funcionamento mental e de seus transtornos, baseada principalmente na teoria psicanalítica desenvolvida por Sigmund Freud e seguidores (FERNANDES, 2004). Para esse autor, tal compreensão psicológica manteve uma influência importante ao longo deste século, até o crescimento dos conhecimentos em neurobiologia e o crescimento da psiquiatria clínica. Essa tendência também contribuiu para o crescimento das prescrições e consumo dos fármacos, criando uma rede articulada no âmbito da saúde mental.

A questão sobre a produção de liberdades se coloca não apenas para o processo de farmacologização, mas, antes, para o estabelecimento de uma formação hegemônica, uma vasta rede de articulação de elementos que se condicionam e se legitimam mutuamente. Uma rede que estabelece uma cumplicidade tácita entre certa visão da doença mental, certo modo de produção e uma visão do que seja a ordem pública (GALINDO et al., 2014).

Exemplo desse avanço é percebido com o advento do Prozac® (Fluoxetina) que, em 1988, desencadeou maior interesse e respeito sobre os psicofármacos e os bons resultados em seu uso no tratamento das doenças mentais. Como uma das principais consequências, a depressão passou a ser considerada, por muitos, como um distúrbio exclusivamente bioquímico. O fato é que o uso dos Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina – ISRS e o aumento de sua disponibilidade na fenda sináptica trouxeram grande alívio aos sintomas depressivos (FERNANDES, 2004).

As drogas psicotrópicas ou psicoativas, as quais têm como efeito principal alterar funções psicológicas, fizeram parte do cotidiano. Os medicamentos antidepressivos são indicados para muitas condições psiquiátricas, além da depressão, sendo os medicamentos mais receitados atualmente. O uso com finalidade terapêutica não é recente, farmacopeias tradicionais de vários povos apresentam extratos de plantas medicinais, contendo os princípios psicoativos (STAUB; HOCH, 2012).

Para Dal Pizzol et al. (2006), os psicofármacos podem ser também uma droga de abuso, causando tantos males quanto aqueles causados pelas drogas de uso ilícito, tais como: dependência, síndrome da abstinência e distúrbios comportamentais. O consumo indevido de medicamentos em geral e de psicotrópicos em particular representa um grande

problema de saúde pública.

De acordo com Mansur (2013), o uso de psicotrópicos deveria ser apenas indicado na presença de transtornos mentais com comorbidade ou transtorno de somatização, pois são indicados para o alívio de sintomas causados pelo transtorno mental, que são ansiedade, agitação, mau humor e outros. Diante disso, pode-se dizer que o tratamento com psicofármacos é de grande importância para aliviar os sintomas causados por diversas patologias.

Os medicamentos são considerados a principal ferramenta terapêutica para recuperação ou manutenção das condições de saúde da população. No entanto, o simbolismo com que eles são revestidos e, conseqüentemente, o uso inadequado e incorreto pelos pacientes têm contribuído para o surgimento de muitos eventos adversos, com elevado impacto sobre a saúde e custos dos sistemas (VIEIRA, 2007). Assim, a promoção do uso racional dos psicofármacos é uma ferramenta importante de atuação junto à sociedade; se não para eliminar, para pelo menos minimizar o problema.

No Brasil, a legislação que aprova o regulamento técnico dessas substâncias e medicamentos sujeitos ao controle especial é a Portaria nº. 344/98 – SVS/MS, de 12 de maio de 1998, que define a seguinte classificação de substâncias: A1 e A2 (entorpecentes), A3, B1 e B2 (psicotrópicas), C1 (outras substâncias sujeitas a controle especial), C2 (retinóicas para uso sistêmico) e C3 (imunossupressoras) (BRASIL, 1998).

A receita médica representa a tradução por escrito da ordem médica, permitindo ao paciente obter o medicamento e muitas vezes lembrá-lo das instruções para o tratamento. Mesmo considerando a particularidade de representar, antes de tudo, a vontade do prescritor, a receita é um documento legal devendo, portanto, obedecer à legislação específica (ANDRADE *et al*, 2004). O paciente deve ser orientado de forma adequada com relação ao período de utilização dos psicotrópicos, não devendo ser longo, e avaliado frequentemente (KUASNE *et al.*, 2012).

No tratamento psicofarmacológico, é importante não buscar objetivos gerais, mas específicos, de acordo com o sintoma-alvo. Isso possibilita melhor controle da eficácia da medicação, controle do tempo de tratamento e a individualização do mesmo para cada indivíduo (BRASIL, 2000).

Ao escolher um tratamento com o uso de psicofármacos, deve-se ter em mente que o uso prolongado dessas drogas tem complicações potenciais, como efeitos colaterais, risco de dependência e custos socioeconômicos (CARVALHO; COSTA; FAGUNDES 2006). O tratamento dos transtornos mentais e do comportamento com drogas psicoativas, que deve ser limitado ao imprescindível, é sintomático. Na decisão de se usar um psicofármaco, é preciso ponderar se a relação risco-benefício da droga justifica seu emprego e se outros recursos foram devidamente explorados (BRASIL, 2000).

Segundo Oliveira (2013), os psicofármacos são altamente aditivos a facilitarem grandemente o surgimento de uma dependência por parte do usuário. Para evitar essa dependência, os medicamentos só deverão ser utilizados unicamente sobre prescrição

médica. E não deveriam ser entendidos como uma panaceia para tudo e todos, sendo indicados indiscriminadamente.

Silveira, Stralen e Campos (2003) afirmam que a extensão de cuidados de saúde mental às populações é uma tendência verificada nas políticas de saúde de diversos países e refletem os esforços que têm sido implementados para a promoção de tratamentos humanizados, comprometidos com direitos humanos e com as necessidades das comunidades em seus diferentes contextos.

O objetivo da pesquisa foi delinear o perfil epidemiológico dos usuários do CAPS do Município de Rolim de Moura, que foram medicalizados com psicotrópicos no ano de 2014.

## **MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa documental, descritiva, de abordagem quantitativa (GIL, 2008). Foram escolhidos como sujeitos de análise, por meio dos prontuários, todos os pacientes que tiveram algum atendimento farmacêutico no CAPS, no ano de 2014. Como critério de inclusão, foram selecionados apenas os prontuários com atendimento medicamentoso no período de janeiro a dezembro de 2014. Foram excluídos os prontuários em que não foram prescritos psicotrópicos no ano de 2014.

A coleta de dados foi realizada durante o mês de julho de 2015, por meio das informações contidas nos prontuários dos usuários CAPS, atendidos no período de janeiro a dezembro de 2014. Para Correr e Otuki (2013, p. 291), “o prontuário do paciente é documento pré-formado e organizado conforme o andamento da entrevista clínica, contendo todas as informações importantes que devem ser registradas. Também serão usadas as fichas de dispensação diária dos psicofármacos aos usuários”.

Foram tomadas todas as medidas éticas de acordo com a resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, da Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, sob o parecer de número 1.176.321 e CAAE número 44401315.6.0000.5300.

Os dados coletados, a partir das análises dos prontuários e das fichas de dispensação dos pacientes examinados um a um, foram inseridos em banco de dados organizado por pastas em ordem alfabética e armazenados em planilha Excel.

Todos os procedimentos foram observados e as seguintes variáveis foram inseridas: idade; sexo; hipóteses diagnósticas apresentadas em categorias de acordo com a nosologia da OMS oficialmente adotada pelo Brasil, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10); ocupação; número de consulta; e uso de psicotrópicos.

Para a análise dos dados, foi utilizado o programa Excel 2007, ferramenta que permitiu obter frequências, médias e elaboração dos gráficos e tabelas.

---

## RESULTADOS

### CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A análise socioeconômica objetiva oferecer dados fidedignos e, sendo assim, foram tabulados e analisados apenas os dados válidos que foram conseguidos através da pesquisa. A amostra totalizou 750 prontuários do CAPS I investigado.

A tabela 1 mostra a distribuição das consultas no CAPS, durante o ano de 2014, a partir da divisão de gênero. Nesse quesito, existe uma predominância do sexo feminino em relação ao sexo masculino.

**Tabela 1** – Distribuição em valores absolutos e relativos dos usuários por sexo.

| <b>Sexo</b> | <b>Nº</b> | <b>%</b> |
|-------------|-----------|----------|
| Masculino   | 220       | 29,3     |
| Feminino    | 530       | 70,7     |
| Total       | 750       | 100%     |

**Fonte:** CAPS, Rolim de Moura - RO, 2015.

Conforme demonstra a tabela 2, o número de consultas realizadas pelos pacientes, homens e mulheres, em um período de 12 meses, totalizou 2.383 (duas mil trezentas e oitenta e três), sendo 28,6% (n=681) homens e 71,4% (n=1702) mulheres, com destaque para o número maior de consultas referente ao sexo feminino.

As dispensações realizadas aos pacientes, em um período de 12 meses, totalizaram 2.324 (duas mil trezentas e vinte quatro), sendo 71,4% (n=1660) do sexo feminino e 28,5% (n=664) do sexo masculino.

**Tabela 2** – Número de consultas e dispensações feitas aos usuários do CAPS, em 2014?

| <b>SEXO</b>  | <b>CONSULTA</b>    |
|--------------|--------------------|
| Masculino    | 681                |
| Feminino     | 1702               |
| <b>Total</b> | <b>2.383</b>       |
| <b>SEXO</b>  | <b>DISPENSAÇÃO</b> |
| Masculino    | 664                |
| Feminino     | 1660               |
| <b>Total</b> | <b>2.324</b>       |

**Fonte:** CAPS, Rolim de Moura - RO, 2015.

A faixa etária predominante entre os usuários é de 40 a 69 anos, correspondente a mais da metade dos usuários e sujeitos desta pesquisa, sendo 45,5% (n=100) do sexo masculino e 56,1% (n=421) do sexo feminino, conforme mostra a tabela 3. Já a faixa etária com menor expressividade encontra-se entre 0 e 19 anos, com 9,5% (n=21) para masculino e 3,2% (n=17) para o feminino.



**Tabela 3 – Faixa etária do sexo feminino e do masculino, 2014.**

| FAIXA ETÁRIA | MASCULINO  |            | FEMININO   |            | TOTAL      |            |
|--------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|              | Nº         | %          | Nº         | %          | Nº         | %          |
| 0 a 19       | 21         | 9,5        | 17         | 3,2        | 38         | 5,1        |
| 20 - 39      | 84         | 38,2       | 161        | 30,4       | 245        | 32,7       |
| 40-69        | 100        | 45,5       | 321        | 60,6       | 421        | 56,1       |
| >70          | 15         | 6,8        | 31         | 5,8        | 46         | 6,1        |
| <b>Total</b> | <b>220</b> | <b>100</b> | <b>530</b> | <b>100</b> | <b>750</b> | <b>100</b> |

Fonte: CAPS, Rolim de Moura - RO, 2015.

Com relação ao estado civil, 51% (n=270) do sexo feminino e 47,3% (n=104) masculino declararam-se casados. Os divorciados/separados eram 11,1% (n=59) do grupo feminino e 2,3% (n=5) do grupo masculino. Os solteiros eram 26,4% (n=140) do sexo feminino e 45,4% (n=100) do sexo masculino. No grupo feminino, 9,2% (n=49) disseram ser viúvas e, no masculino, 0,9% (n=2). Os que não informaram o estado civil somaram 2,3% (n=12) do sexo feminino e 4,1% (n=9) do sexo masculino.

**Tabela 4 – Estado Civil do usuário, 2014.**

| ESTADO CIVIL         | FEMININO   |            | MASCULINO  |            |
|----------------------|------------|------------|------------|------------|
|                      | Nº         | %          | Nº         | %          |
| Casado               | 270        | 51         | 104        | 47,3       |
| Solteiro             | 140        | 26,4       | 100        | 45,4       |
| Divorciado/ separado | 59         | 11,1       | 05         | 2,3        |
| Viúvo                | 49         | 9,2        | 02         | 0,9        |
| Não informado        | 12         | 2,3        | 09         | 4,1        |
| <b>Total</b>         | <b>530</b> | <b>100</b> | <b>220</b> | <b>100</b> |

Fonte: CAPS, Rolim de Moura - RO, 2015.

Quanto ao nível de escolaridade, 44,1% (n= 97) dos homens e 39,4% (n=209) das mulheres relataram ter estudado até ensino fundamental.

No ensino médio, a distribuição foi 20,5% (n=45) para os homens e 26,8% (n=142) para as mulheres. Os que concluíram o ensino superior foram 6,4% (n=14) do sexo masculino e 8,9% (n=47) do sexo feminino. Respectivamente, não foram alfabetizados 12,3% (n=27) dos usuários masculino e 12,1% (n=64), feminino. Não foi informado o grau de escolaridade por 16,8% (n=37) do sexo masculino e 12,8% (n=68), feminino.

**Tabela 5 – Nível de escolaridade dos usuários, 2014.**

| NÍVEL DE ESCOLARIDADE | FEMININO   |            | MASCULINO  |            |
|-----------------------|------------|------------|------------|------------|
|                       | Nº         | %          | Nº         | %          |
| Analfabeto            | 64         | 12,1       | 27         | 12,3       |
| Fundamental           | 209        | 39,4       | 97         | 44,1       |
| Ensino médio          | 142        | 26,8       | 45         | 20,5       |
| Ensino superior       | 47         | 8,9        | 14         | 6,4        |
| Não informado         | 68         | 12,8       | 37         | 16,8       |
| <b>Total</b>          | <b>530</b> | <b>100</b> | <b>220</b> | <b>100</b> |

Fonte: CAPS, Rolim de Moura - RO, 2015.

As ocupações que tiveram maior destaque para o sexo feminino foram do lar, com 36,2% (n=192), seguida da ocupação como funcionária pública, com 14% (n=74), e para o

sexo masculino, a ocupação de agricultor, com 14,5% (n=32), seguido dos aposentados ou pensionistas, com 10% (n=22).

Entre as mulheres, as aposentadas ou pensionistas correspondem a 10,4% (n=55). Pacientes em fase escolar/estudante aparecem em 4,8% (n=36) de ambos os sexos. Usuários que não possuem informação quanto a sua função desempenhada foram 17,6 % (n=132).

**Tabela 6 –** Relação de ocupação dos atendidos do sexo masculino e do feminino, 2014.

| OCUPAÇÃO                      | FEMININA   |            | MASCULINA  |            |
|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|
|                               | Nº         | %          | Nº         | %          |
| Agricultor (a)                | 47         | 8,9        | 32         | 14,5       |
| Aposentados/ pensionistas     | 55         | 10,4       | 22         | 10,0       |
| Funcionário público           | 74         | 14,0       | 14         | 6,4        |
| Do lar                        | 192        | 36,2       | 02         | 0,9        |
| Estudante                     | 18         | 3,4        | 18         | 8,2        |
| Motorista                     | 01         | 0,2        | 5          | 2,3        |
| Doméstica/Diarista/ Lavadeira | 21         | 4,0        | 10         | 4,5        |
| Vendedor (a)                  | 04         | 0,8        | 04         | 1,8        |
| Outros                        | 54         | 10,2       | 45         | 20,5       |
| Não informado                 | 64         | 12,1       | 68         | 30,9       |
| <b>Total</b>                  | <b>530</b> | <b>100</b> | <b>220</b> | <b>100</b> |

Fonte: CAPS, Rolim de Moura – RO, 2015.

Quanto às hipóteses de diagnóstico apresentadas nos prontuários dos usuários do CAPS, o que mais chamou atenção no grupo de diagnóstico prevalente no sexo feminino foi: episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos, 40,8% (n=216); seguido de episódios depressivos, 13,8% (n=73); transtorno misto ansioso e depressivo, 6,4% (n=34); outros transtornos ansiosos, 4,9% (n=26); episódio depressivo moderado, 4,7% (n=25); e transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos, 4,7% (n=25).

No sexo masculino, as hipóteses diagnósticas mais prevalentes foram os episódios de depressão grave sem sintomas psicóticos, com 29,5% (n=65); seguidos de transtorno misto ansioso e depressivo, 8,2% (n=18); esquizofrenia, 6,8% (n=15); transtorno depressivo recorrente, 5,5% (n=12); e Epilepsia, 4,1% (n=09).

**Tabela 7 – Hipóteses Diagnósticas dos usuários do sexo feminino e masculino, 2014.**

| CID-10       | HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS  | FEM        |            | MASC       |            |
|--------------|---|------------|------------|------------|------------|
|              |   | Nº         | %          | Nº         | %          |
| F.20.0       | Esquizofrenia   | 19         | 3,6        | 15         | 6,8        |
| F.25.0       | Distúrbio Esquizofrenia afetivo, tipo maníaco.                                  | 14         | 2,6        | 01         | 0,4        |
| F.31         | Transtorno afetivo bipolar  | 06         | 1,1        | 05         | 2,3        |
| F.32         | Episódios depressivos   | 73         | 13,        | 12         | 5,5        |
| F.32.1       | Episódio depressivo moderado  | 25         | 4,7        | 13         | 5,9        |
| F.32.2       | Episódio depressivo grave sem sintomas psicóticos                               | 216        | 40,        | 65         | 29,        |
| F.33         | Transtorno depressivo recorrente  | 22         | 4,2        | 12         | 5,5        |
| F.33.2       | Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos. | 25         | 4,7        | 02         | 0,9        |
| F.33.3       | Transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave com sintomas psicóticos. | 09         | 1,7        | 03         | 1,4        |
| F.41         | Outros transtornos ansiosos   | 26         | 4,9        | 02         | 0,9        |
| F.41.1       | <a href="#">Ansiedade generalizada</a>  | 10         | 1,9        | -          | -          |
| F.41.2       | Transtorno misto ansioso e depressivo   | 34         | 6,4        | 18         | 8,2        |
| F.51         | <a href="#">Transtornos não orgânicos do sono devidos a fatores emocionais</a>  | 12         | 2,3        | 06         | 2,7        |
| G.40         | Epilepsia   | 02         | 0,4        | 09         | 4,1        |
| G.40.9       | Epilepsia não especificada  | 05         | 0,9        | 05         | 2,3        |
| G.43         | Enxaqueca   | 05         | 0,9        | 01         | 0,4        |
| Z.73         | Problemas relacionados a organização de seu modo de vida                        | 06         | 1,1        | -          | -          |
|              | Outros  | 21         | 4,0        | 51         | 23,        |
|              |   |            |            | 2          |            |
| <b>Total</b> |   | <b>530</b> | <b>100</b> | <b>220</b> | <b>100</b> |

Fonte: CAPS, Rolim de Moura - RO, 2015.

As dispensações realizadas aos usuários mostram a prevalência dos antidepressivos, tanto para o sexo masculino quanto para o feminino. Entre os antidepressivos, aparece em destaque a amitriptilina, com 21,74% (n=247) vezes dispensadas ao sexo feminino e 16,14% (n=67), ao masculino. Em seguida, aparece a fluoxetina, com 15,67% (n=178) vezes dispensadas ao sexo feminino e 5,06% (n=21), ao sexo masculino. A sertralina, com 11,00% (n=125) para o sexo feminino e 9,40% (n=39) para o sexo masculino.

Logo em seguida, aparecem os ansiolíticos como os psicofármacos mais utilizados pelos usuários no período investigado. Nessa classe, o clonazepam aparece como psicotrópico com maior dispensação, 15,14% (n=172) para o sexo feminino e 7,71% (n=32) para o masculino. Em seguida, aparece o diazepam, com 7,83% (n=89) para o sexo feminino e 6,75% (n=28) para o masculino; e o alprazolam, com 5,37% (n=61) para o sexo feminino e 3,37% (n=14), masculino.

Acrescente-se que os neurolépticos haloperidol foram dispensados 4,05% (n=46) para o sexo feminino e 5,30% (n=22) para o masculino. Em seguida, a clorpromazina, 2,29% (n=26) para o sexo feminino e 9,16% (n=38), masculino. O fármaco risperidona foi

prescrito 1,85% (n=21) para o sexo feminino e 5,06% (n=21) para o sexo masculino.

Quanto aos anticonvulsivantes, predominam o fenobarbital com 1,50% (n=17) dispensado para o sexo feminino e 1,69% (n=7) para o sexo masculino. O divalproato de sódio aparece 1,41% (n=16) para o sexo feminino e 1,69% (n=7) para o sexo masculino. Ácido valproico, com 0,70% (n=8) para o sexo feminino e 0,24% (n=1) para o masculino. Fenitoína, com 0,44% (n=5) entre as mulheres e 0,72% (n=3) entre os homens. Carbamazepina aparece com 0,96% (n=4) para o sexo masculino.

**Tabela 8** – Número de psicotrópicos dispensados aos usuários do CAPS, 2014.

| PSICOFÁRMACOS                       | FEMININO    |            | MASCULINO  |            |
|-------------------------------------|-------------|------------|------------|------------|
|                                     | Nº          | %          | Nº         | %          |
| Ácido Valpróico 250 mg              | 08          | 0,70       | 01         | 0,24       |
| Ácido Valpróico 500 mg              | 04          | 0,35       | 02         | 0,48       |
| Alprazolam 0,5 mg                   | 61          | 5,37       | 14         | 3,37       |
| Alprazolam 1 mg                     | 09          | 0,79       | 00         | 0,00       |
| Amisulprida 50 mg                   | 00          | 0,00       | 02         | 0,48       |
| Carbamazepina 20 mg/ml              | 00          | 0,00       | 03         | 0,72       |
| Carbamazepina 200 mg                | 00          | 0,00       | 04         | 0,96       |
| Carbonato de Lítio 300 mg           | 47          | 4,14       | 20         | 4,82       |
| Clobazam 20mg                       | 01          | 0,09       | 00         | 0,00       |
| Clonazepam 2 mg                     | 172         | 15,14      | 32         | 7,71       |
| Clonazepam 2 mg/ml                  | 00          | 0,00       | 07         | 1,69       |
| Cloridrato Clorpromazina 40 mg/ml   | 00          | 0,00       | 04         | 0,96       |
| Cloridrato Clorpromazina 100 mg     | 26          | 2,29       | 38         | 9,16       |
| Cloridrato de Amitriptilina 25 mg   | 247         | 21,74      | 67         | 16,14      |
| Cloridrato de Biperideno 2 mg       | 31          | 2,73       | 12         | 2,89       |
| Cloridrato de citalopram 20 mg      | 00          | 0,00       | 07         | 1,69       |
| Cloridrato de clomipramina 10 mg    | 00          | 0,00       | 03         | 0,72       |
| Cloridrato de clomipramina 20 mg    | 00          | 0,00       | 05         | 1,20       |
| Cloridrato de Clorpromazina 25 mg   | 00          | 0,00       | 04         | 0,96       |
| Cloridrato de Fluoxetina 20 mg      | 178         | 15,67      | 21         | 5,06       |
| Cloridrato de Nortriptilina 25 mg   | 00          | 0,00       | 04         | 0,96       |
| Cloridrato de Sertralina 50 mg      | 125         | 11,0       | 39         | 9,40       |
| Cloridrato de Tioridazida 50 mg     | 00          | 0,00       | 03         | 0,72       |
| Diazepam 10 mg                      | 89          | 7,83       | 28         | 6,75       |
| Diazepam 5 mg                       | 09          | 0,79       | 09         | 2,17       |
| Divalproato de sódio 250 mg         | 04          | 0,35       | 04         | 0,96       |
| Divalproato de sódio 500 mg         | 16          | 1,41       | 07         | 1,69       |
| Fenitoína 100 mg                    | 05          | 0,44       | 03         | 0,72       |
| Fenobarbital 100 mg                 | 17          | 1,50       | 07         | 1,69       |
| Fluoxetina 20 mg/ml                 | 00          | 0,00       | 01         | 0,24       |
| Haloperidol 1 mg                    | 01          | 0,09       | 00         | 0,00       |
| Haloperidol 2mg/mL                  | 00          | 0,00       | 04         | 0,96       |
| Haloperidol 5 mg                    | 46          | 4,05       | 22         | 5,30       |
| Haloperidol decanoato 70,52 mg/mL   | 03          | 0,26       | 03         | 0,72       |
| Olanzapina 10mg                     | 04          | 0,35       | 02         | 0,48       |
| Oxcarbazepina 300mg                 | 01          | 0,09       | 00         | 0,00       |
| Oxcarbazepina 60 mg/mL              | 01          | 0,09       | 04         | 0,96       |
| Palmitato de pipotiazina 100 mg/4mL | 08          | 0,70       | 05         | 1,20       |
| Palmitato de pipotiazina 25 mg/mL   | 00          | 0,00       | 00         | 0,00       |
| Paroxetina 20mg                     | 02          | 0,18       | 00         | 0,00       |
| Risperidona 2 mg                    | 21          | 1,85       | 21         | 5,06       |
| Sulpirida 50 mg                     | 00          | 0,00       | 03         | 0,72       |
| <b>Total</b>                        | <b>1136</b> | <b>100</b> | <b>415</b> | <b>100</b> |

Fonte: CAPS, Rolim de Moura - RO, 2015.

Também aparece o fármaco biperideno, com 2,73% (n=31) para o sexo feminino e 2,89% (n=12) para o sexo masculino, utilizado como antiparkinsoniano. O antipsicótico Palmitato de pipotiazina aparece com 0,70% (n=8) para o sexo feminino e 1,20% (n=5) para o sexo masculino.

## **DISCUSSÃO**

Com relação ao gênero dos usuários registrados nos prontuários, existe uma predominância do sexo feminino, resultado que se assemelha a outros estudos. Pesquisa transversal realizada em três CAPS de Recife-PE, em 2007, constatou que mais da metade eram mulheres (PAULA, 2010). Pereira et al. (2012), ao analisarem o perfil dos usuários do Ambulatório de Saúde Mental e do Centro de Atenção Psicossocial de Lorena – São Paulo, também encontraram predominância do sexo feminino.

Quanto ao fato de a maioria das mulheres serem casadas e trabalharem em casa, faz-se necessária uma análise social dessas usuárias, deixando essas informações em evidência nos prontuários, na tentativa de facilitar o tratamento. Em sua maioria, as mulheres se sobrecarregam não só com os trabalhos domésticos, muitas fazem dupla jornada de trabalho ou ainda desempenham a função de chefe de família. Estudo associando sobrecarga doméstica e transtorno mental comuns em mulheres foi realizado por Pinho e Araújo (2012), ratificando os resultados de predominância de transtornos mentais comuns em mulheres encontrados neste estudo.

Dentro os aspectos referentes aos trabalhos domésticos associados aos sintomas depressivos, ansiosos e psicossomáticos destacam-se a rotinização e a responsabilidade da mulher nas funções domésticas e familiares, mesmo estando inserida no mercado de trabalho, diferentemente do que acontece com os homens (ARAUJO; PINHO; ALMEIDA, 2005).

A participação em oficinas terapêuticas é um desafio que leva os indivíduos a manterem a mente ativa, praticando atividades, confrontando os preconceitos dos que julgam suas limitações como incapacidades e diversas vezes levam esses pacientes a situações ainda mais conflitantes. Os tratamentos realizados através de medicamentos são os mais eficazes no tratamento dos transtornos mentais, como das psicoses, no entanto, a prescrição excessiva e a utilização indiscriminada dos psicofármacos despertam para algumas reflexões sobre esses procedimentos como opção única de tratamento (SOUZA, 2007). Porém, o estudo não avaliou a efetividade do tratamento e a associação entre formas de terapia.

Nos termos de hipóteses de diagnósticos, o que apresenta maior prevalência é o episódio depressivo grave, sem sintomas psicóticos com 70,3%; episódios depressivos, 19,3%, esquizofrenia, 10,4%; outros transtornos ansiosos, 5,8%; transtorno depressão recorrente, 9,7%; transtornos misto ansioso e depressivo, 14,6%; epilepsia, 4,5%. Segundo Luz & Caetano (2016), em estudo realizado em 2015 no município de Rio do Sul/SC, mais

da metade dos pacientes do serviço relataram sintomas depressivos; estudo realizado por Mangualde et al. (2013), em Barbacena/MG, também corroboram o predomínio de quadros depressivos em pacientes de CAPS. Assim como em Barbacena, é elevado o número de pacientes que não se encontravam em crise no momento de atendimento, o que indica necessidade de fortalecimento dos serviços de atenção básica, no que diz respeito à saúde mental.

Em termo de tratamento, os psicofármacos mais utilizados são os antidepressivos, seguido dos ansiolíticos, dos neurolépticos, dos antiparkinsonianos e dos anticonvulsivantes, classes medicamentosas mais utilizadas por usuários do CAPS em Rolim de Moura- RO. Pesquisas semelhantes foram realizadas em Fortaleza, no Estado do Ceará, no ano de 2007, nas quais o perfil epidemiológico e socioeconômico dos usuários do CAPS revelou que o maior número de prescrições de psicofármacos nos ambulatórios é de ansiolíticos, seguidos dos antidepressivos, antipsicóticos e anticonvulsivantes. Em 2012, no Ambulatório de Saúde Mental (ASM) de Lorena, Estado de São Paulo, o Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município revelou que os psicofármacos mais prescritos são os antidepressivos, seguidos dos ansiolíticos, dos anticonvulsivantes e dos antipsicóticos.

Destarte, é importante informar ao usuário que a parada repentina do uso dos fármacos acarreta Síndrome da Abstinência. Para que se possa evitar dependência, tais medicamentos devem ser utilizados unicamente sob a prescrição médica, cabendo aos médicos um cuidado ético, especialmente no tocante ao emprego dos mesmos, sendo “preferíveis doses baixas e somente para situações onde realmente se faça necessário” (OLIVEIRA, 2013. p. 9).

Ressalte-se o trabalho do farmacêutico nas discussões sobre o uso consciente e adequado de medicamentos psicotrópicos, que devem fazer parte das rotinas dos profissionais da equipe de saúde, em processo de vigilância contínua para que, a partir da prescrição médica, instruções sejam fornecidas ao usuário de forma clara, objetiva e sejam esclarecidas possíveis dúvidas (LOPES et al., 2011).

O CAPS trabalha com equipe multiprofissional, as atividades desenvolvidas têm bastante aceitação por parte dos pacientes e, nesse espaço, são bastante diversificadas. Esses procedimentos estão de acordo com os preceitos de Mielke et al., (2009), uma vez que são oferecidos atendimentos em grupo e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arte terapia, além da medicação, que antes era considerada a principal forma de tratamento.

A lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, estabelece a assistência terapêutica integral, que consiste na dispensação de medicamentos, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou agravo à saúde. Tratando-se do acesso universal e igualitário aos medicamentos no âmbito público, selecionando e padronizando de acordo com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Essa seleção baseia-se nas prioridades nacionais de saúde, bem como na segurança, na eficácia, terapêutica comprovada, na qualidade e na disponibilidade

dos produtos (BRASIL, 2015).

Tais ações possibilitam a reorganização da rede de assistência, visando, inclusive, atender à demanda de pessoas que sofrem com transtornos mentais, estabelecendo que os medicamentos essenciais para a saúde mental devam estar disponíveis onde existam serviços para atendimento a esses pacientes, desde a atenção básica até a rede hospitalar (ALENCAR et al., 2012).

Os métodos utilizados no CAPS são atualizados e não divergentes aos pesquisados. É importante esse centro para os usuários porque dispõe de métodos que colaboram para o tratamento e o acompanhamento, apesar de muitas vezes ser tão incompreendido pelo ser humano que demonstra aversão, caracterizada como hostil, sem conhecer a realidade e as formas como os pacientes são bem recebidos e, principalmente, como se sentem acolhidos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo buscou delinear o perfil dos usuários de um CAPS, atendidos no ano de 2014, em Município do Estado de Rondônia. Este trabalho poderá ser de grande importância para a instituição, visto que os dados aqui apresentados servirão para a identificação de pontos importantes que poderão subsidiar ações a serem desenvolvidas.

Os resultados mostraram a predominância do sexo feminino nos atendimentos no período investigado, corroborando conhecimentos já produzidos em outros estudos. Entre esses, destacou-se a ocupação de “dona de casa” e com baixa escolaridade, apontando para o fato de que a mulher ainda continua sofrendo com a desigualdade de gênero, construída socialmente ao longo dos anos.

A predominância da faixa etária dos 40 a 69 anos entre os usuários alerta para a necessidade de criação de estratégias que visem ações de apoio à população idosa em sofrimento mental, já que a soma das variáveis como nível de escolaridade, sexo, ocupação, entre outras, indicam uma condição de vulnerabilidade social dos usuários. A essas variáveis, soma-se a baixa renda familiar, que não foi investigada neste estudo pela inexistência de informação nos prontuários, mas que pode estar associada à instável condição de vida desse grupo.

A depressão como hipótese diagnóstica predominante no estudo também se alinha à literatura existente sobre os transtornos mentais mais frequentes na atualidade, resultado que coloca os antidepressivos como os psicofármacos mais dispensados no período estudado.

Em suma, os resultados mostraram que, de modo geral, os usuários do CAPS investigado são em sua maioria de classe baixa e dependem, incondicionalmente, dos serviços oferecidos pela rede de saúde mental. Porém, uma limitação observada neste estudo se refere à qualidade das informações registradas nos prontuários, uma vez que

---

muitos desses registros encontravam-se ilegíveis ou ausentes. Ressalta-se a importância do preenchimento correto dos prontuários como ferramenta indispensável à elaboração e à execução de estratégias de cuidado ao usuário de saúde mental.

Vale lembrar que os achados deste trabalho são apenas sinalizadores de uma problemática a ser estudada. Pesquisas subsequentes sobre outras variáveis e com abordagem qualitativa são necessárias para avaliar o serviço mais profundamente, e que visam compreender os atores envolvidos nessa complexa rede de atendimento em saúde mental, especialmente o usuário.

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, T. O. S.; CAVALCANTE, E. A. B.; ALENCAR, B. R. Assistência farmacêutica e saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, v. 33, n. 4, p. 489-495, 2012. Disponível em: <[http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien\\_Farm/article/view/2381/1322](http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/2381/1322)>. Acesso em 03 set. 2016.

ANDRADE, M. F.; ANDRADE, R. C. G.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das informações contidas em receitas e notificações. **Rev. Bras. Cienc. Farm. Braz. J. Pharm. Sci.** v. 40, n. 4, outubro/dezembro, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbcf/v40n4/v40n4a04.pdf>>. Acesso em: 04 ago. 2016.

ARAUJO, T. M.; PINHO, P. S.; ALMEIDA, M. M. G. Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho domésticos. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** v. 5, n.3, p. 337-348, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v5n3/a10v5n3.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2015.

BRASIL, A. H. H; Princípios gerais do emprego de psicofármacos. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 22, n. 2, p. 40-41, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22s2/3796.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 9. ed. Brasília, 2015.

BRASIL. Secretaria de Vigilância Sanitária. Aprova o Regulamento Técnico sobre Substâncias e Medicamentos Sujeitos a Controle Especial. **Portaria n. 344, de 12 de maio de 1998**. Diário oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 19 maio 1998.

CARVALHO, A. L.; COSTA, M. R.; FAGUNDES, H. Uso Racional de Psicofármacos. **CPSM/SMS- RIO**, v.1, n. 1, 2006. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/289.pdf>>. Acesso em 21 dez. 2016.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013.



- 
- DAL PIZZOL, T. S. et al. Uso não-médico de medicamentos psicoativos entre escolares do ensino fundamental e médio no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.1, p. 109-115, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/12.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2015.
- FERNANDES, W. J. Que pena, há algo além da serotonina? **Vínculo**, São Paulo, v. 1, n. 1, dez. 2004. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180624902004000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180624902004000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 21 abr. 2015.
- GALINDO, D. et al. Vidas Medicalizadas: por uma Genealogia das Resistências à Farmacologização. **Psicol. cienc. prof.**, v. 34, n. 4, p. 821-834, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n4/1982-3703-pcp-34-4-0821.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2015.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- KUASNE, F. A. et al., **Abuso de psicofármacos e suas consequências**. 2012. Disponível em: <[http://www.unifil.br/portal/arquivos/publicacoes/paginas/2012/11/538\\_1003\\_publipg.pdf](http://www.unifil.br/portal/arquivos/publicacoes/paginas/2012/11/538_1003_publipg.pdf)>. Acesso em: 29 mar. 2015.
- LOPES, L. M. B.; GRIGOLETO, A. R. L. Uso consciente de psicotrópicos: responsabilidade dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**. v. 2, n. 1, p. 1-14, Janeiro/Abril, 2011. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/bjh/index.php/bjh/article/viewFile/70/81>>. Acesso em 17 mar. 2017.
- LUZ, H. H. V.; CAETANO, C. R. Perfil dos Usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Rio do Sul/SC, 2016. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Cristiana-Ropelatto-Caetano.pdf>>. Acesso em 17 mar. 2017.
- MAGALHAES, M. C. R. **Psicofarmacologia e Psicanálise**. São Paulo: Escuta 2001.
- MANGUALDE, A. N. S. et al . Perfil epidemiológico dos pacientes atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial. **Mental**, Barbacena, v. 10, n. 19, p. 235-248, dez. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v10n19/a06v10n19.pdf> >. Acesso em 17 mar. 2017.
- MANSUR, C. G. **Psiquiatria Médica Generalista, recurso eletrônico**. Porto Alegre: Artmed, 2013.
- MIELKE, F. B. et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p.159-164, 2009. Disponível em: <[http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/20758?locale=pt\\_BR](http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/20758?locale=pt_BR)>. Acesso em: 10 abr. 2015.
- OLIVEIRA, S. C. **Conversando sobre drogas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Irradiação Cultural, 2013.
- PAULA, C.T. C. Perfil epidemiológico dos usuários de um centro de atenção psicossocial na cidade de Recife. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 2, n.4-5, p.94 - 105, 2010. Disponível em:
-

<<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/issue/view/323>>. Acesso em: 05 de jan. 2016.

PEREIRA, M. O. et al. Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena – São Paulo. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 1, p. 48-54, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a09>>. Acesso em 12 de nov. 2016.

PINHO, P. S.; ARAUJO, T. M. Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 560-572, Set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n3/10.pdf>>. Acesso em 17 Mar. 2017.

SILVEIRA, A. R.; STRALEN, C. J. V.; CAMPOS, F. Eduardo de. Os cuidados primários em saúde mental: Uma revisão bibliográfica. **Revista Mineira de Saúde Pública**, n.02/03, p. 412-512, 2003.

SIQUEIRA, L. C. S. **A cultura da medicalização na infância**. 2016.

SOUZA, A. R. **Centro de atenção psicossocial: perfil epidemiológico dos usuários**. Universidade Federal do Ceará. 2007. Disponível em: <<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/1841>>. Acesso em 05 de nov. 2016.

STAUB, M. L.; HOCH, V. A. A utilização de psicofármacos no tratamento de saúde mental. **Brasília, DF: Secretária do Estado da Educação**, 2012. Disponível em: <[http://www.sed.sc.gov.br/secretaria/documentos/doc\\_download/2332-maria-lucia-staub](http://www.sed.sc.gov.br/secretaria/documentos/doc_download/2332-maria-lucia-staub)>. Acesso em: 15 jan. 2017.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciencia & saude coletiva**, v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n1/20.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2017.

# AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DO CONSUMO ALIMENTAR DE UM GRUPO DE IDOSOS

## NUTRITIONAL STATUS AND FOOD INTAKE ASSESSMENT OF AN ELDERLY GROUP

Daiane Botene de Moura<sup>1</sup>  
Fábia Benetti<sup>2</sup>  
Dionara Volkweis<sup>3</sup>

Recebido em: 20 abr. 2017  
Aceito em: 05 abr. 2018

**RESUMO:** **Introdução:** O envelhecimento é determinado por alterações fisiológicas, morfológicas e bioquímicas que leva o indivíduo ter a diminuição da capacidade de adaptação ao meio ambiente. É considerado idoso no Brasil o indivíduo que possui 60 anos de idade. A nutrição, a saúde e o envelhecimento estão relacionados a manutenção do estado nutricional e a alimentação equilibrada. **Objetivo:** Este trabalho visa avaliar a frequência do consumo alimentar e o estado nutricional de um grupo de idosos do Município de Cristal do Sul. **Métodos:** Estudo quantitativo, descritivo e de natureza analítica. Para a coleta de dados foi utilizada uma tabela composta por questões de identificação do paciente, em seguida foi aplicado um questionário de frequência alimentar. **Resultados:** Foram avaliados 25 idosos, sendo que 76% eram mulheres e 24% eram homens. Com relação ao estado nutricional 60% apresentaram sobrepeso, 40% apresentaram eutrofia. O aspecto positivo foi a preservação de hábitos saudáveis como o consumo de arroz e feijão. Como aspectos negativos observou que a alimentação é monótona, poucos alimentos contribuem para o consumo de vários nutrientes. Apresentam baixo consumo de frutas, verduras, leite e derivados. Além disso houve um elevado consumo de carboidratos refinados, óleos e gorduras e petiscos. **Conclusão:** A alta prevalência de sobrepeso em ambos os sexos interfere diretamente no estado nutricional dos idosos socialmente ativos, possuem uma alimentação inadequada devido aos seus costumes alimentares, assim faz-se necessário medidas educativas que visem orientar e promover uma alimentação saudável. Contudo estes idosos poderão vivenciar um envelhecimento ativo bem sucedido. **Palavras-chave:** Avaliação nutricional. Consumo de alimentos. Idosos.

**ABSTRACT: Introduction:** Aging is determined by physiological, morphological and biochemical changes that lead the individual to have a reduced ability to adapt to the environment. It is considered elderly in Brazil the individual who is 60 years old. Nutrition, health and aging are related to maintenance of nutritional status and balanced nutrition. **Objective:** This study aims to evaluate the frequency of food consumption and the nutritional status of a group of elderly people from the city of Cristal do Sul. **Methodology:** Quantitative, descriptive and analytical study. For data collection, a table composed of patient identification questions was used, followed by a food frequency questionnaire. **Results:** Twenty-five elderly individuals were

<sup>1</sup> Nutricionista. Graduação em Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI).

<sup>2</sup> Nutricionista. Mestre em Envelhecimento. Doutoranda em Ciências em Gastroenterologia e Hepatologia UFRGS.

<sup>3</sup> Nutricionista. Mestre em Envelhecimento Humano. Especialização em Saúde Pública pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, UNIJUI, Brasil.

evaluated, of which 76% were women and 24% were men. Regarding nutritional status, 60% were overweight, 40% presented eutrophy. The positive aspect was the preservation of healthy habits such as the consumption of rice and beans. As negative aspects noted that food is monotonous, few foods contribute to the consumption of various nutrients. They present low consumption of fruits, vegetables, milk and derivatives. In addition there was a high consumption of refined carbohydrates, oils and fats and snacks. **Conclusion:** The high prevalence of overweight in both sexes directly interferes with the nutritional status of the socially active elderly, they have an inadequate diet due to their eating habits, and educational measures are necessary to guide and promote a healthy diet. However these elderly people may experience a successful active aging.

**Keywords:** Nutritional assessment. Food consumption. Elderly people.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento é determinado por alterações fisiológicas, morfológicas e bioquímicas que leva o indivíduo ter a diminuição da capacidade de adaptação ao meio ambiente. (CIVINSKI; MONTIBELLHER; BRAZ, 2011). A epidemiologia nutricional tem mostrado uma grande associação entre alguns padrões de consumo alimentar e a ocorrência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, como a obesidade, diabetes, doença vascular, hipertensão arterial e osteoporose. As dificuldades socioeconômicas, e a falta de informação sobre os alimentos, a má condição dentária e o isolamento social contribuem para a menor ingestão de nutrientes. (SCHMALTZ, 2011). O aparecimento de diversas doenças se deve a alimentação inadequada, sendo rica em gorduras, com alimentos altamente refinados e processados, pobre em frutas, legumes e verduras. (TADDEI et al., 2011).

É considerado idoso o indivíduo que possui 65 anos ou mais em países desenvolvidos, e em países em desenvolvimento, prevalece à idade de 60 anos ou mais. No Brasil, tem dispositivos legais que legaliza a população idosa com essa faixa etária. (BALDONI, 2011). Segundo os dados calculados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil contém 20,6 milhões de idosos que representa 10,8 % da população. (PORTAL BRASIL, 2014).

Entende-se que a nutrição, a saúde e o envelhecimento estão relacionados a manutenção do estado nutricional adequado e a alimentação equilibrada. (AMORIM 2015). Desta forma o estilo de vida e a dieta auxiliam para um envelhecimento minimizando o risco de doenças. (GINDRI, 2013).

A alimentação adequada para os idosos deve ser equilibrada com proteínas, vitaminas, e sais minerais, baixo teor de gordura, ser rica em fibras, moderada em sal e açúcar e conter líquidos, sendo ingerida em menor quantidade em maior número de vezes ao dia sendo ela de fácil digestão tendo aspecto agradável respeitando os hábitos adquiridos ao longo da vida. (ALMEIDA; GUIMARÃES; REZENDE, 2010).

Sabe-se que o estado nutricional do idoso deve ser investigado tanto quanto as

modificações corporais ligadas ao envelhecimento, quanto a escolha dos indicadores apropriados a cada faixa etária e o uso de pontos de corte específicos para a população idosa, visando diagnóstico nutricional que possibilite intervenção nutricional adequada. (LOPES, 2014).

O estado nutricional demonstra as necessidades fisiológicas por nutrientes, sendo alcançados para manter funções adequadas no organismo resultando no equilíbrio entre ingestão e necessidades de nutrientes. (MEDEIROS et al, 2014).

Diante dos fatos mencionados anteriormente objetivou com a pesquisa realizar a frequência do consumo alimentar e o estado nutricional de um grupo de idosos do Município de Cristal do Sul, informando os mesmos a respeito dos problemas de saúde que uma alimentação inadequada pode provocar. Além disso, verificou o grau de conhecimento dos pesquisados referente ao assunto, sendo posteriormente desenvolvidas atividades para o incentivo da alimentação saudável a fim de proporcionar um processo de envelhecimento com qualidade de vida

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo quantitativo de natureza descritiva e analítica. Realizado com idosos participantes do grupo de convivência Nova Vida, residentes no município de Cristal do Sul-RS. Foram avaliados 25 indivíduos idosos, no período de 07 de março a 22 de março de 2016. As avaliações procederam-se na sede do grupo de convivência e para alguns idosos que faltaram ao encontro, realizou-se a visita domiciliar.

Como critérios de inclusão os idosos deveriam participar do grupo não ter nenhuma limitação física e ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

No encontro com a amostra, procederam-se as explicações acerca do estudo. Os idosos foram convidados a participar da pesquisa, na oportunidade também realizou-se um questionamento prévio para uma avaliação do conhecimento dos mesmos sobre nutrição com questionamentos durante a explanação. Neste encontro procedeu-se a assinatura do TCLE.

Em seguida foi realizada a antropometria dos idosos onde foi verificado o peso através de uma balança digital, de marca Britânia com capacidade para 150 kg, e a estatura com auxílio de fitas métricas aderidas a paredes sem rodapé.

Salienta-se que os idosos foram pesados com roupas leves e descalços, bem como, a aferição da estatura foi realizada com os mesmos em posição ereta, sem adornos da cabeça, de acordo com critério de Frankfort.

Com os dados de peso e estatura calculou-se o Índice de Massa Corporal, cuja classificação deu-se por Lipschitz (1994), onde considera Baixo peso: IMC < 22 kg/m<sup>2</sup>, eutrofia: IMC entre 22 e 27 kg/m<sup>2</sup> e excesso de peso: IMC > 27kg/m<sup>2</sup>.

Também aplicou-se o questionário de frequência do consumo alimentar validado

por (RIBEIRO et al., 2013).

Para tabulação de dados utilizou-se uma planilha do programa Windows Microsoft Excel-2013, para a realização das médias e desvio padrão.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Frederico Westphalen (Parecer CAEE nº: 53061415.2.0000.5352).

A pesquisadora assumiu o compromisso de devolutiva dos resultados aos sujeitos. Após o término do trabalho foi ministrada uma palestra sobre alimentação saudável com orientações impressas contendo os 10 passos de uma alimentação saudável para idosos. (BRASIL, 2009).

## RESULTADOS

Foram estudados 25 idosos, sendo que 76% (n: 19) eram mulheres e 24% (n:6) eram homens. Prevalendo indivíduos do sexo feminino. A idade média das mulheres foi de  $68,31 \pm 5,67$  anos, enquanto que os homens apresentaram média de idade de  $68,33 \pm 0,81$  anos de idade.

Quanto à faixa etária, os idosos foram divididos em quatro grupos, de 60 a 65 anos, 65 a 70 anos, 70 a 75 anos, e 75 a 80 anos.

A faixa etária mais prevalente (65-70 anos) correspondeu a 48% dos pesquisados, seguida pela faixa etária de 60 a 65 anos com (24%). 20 % dos idosos encontraram-se entre 75 a 80 anos, e a menor prevalência (8 %) foi de idosos de 70 a 75 anos de idade.

Quanto aos resultados de IMC, constatou-se que 60% (n: 15) dos idosos apresentaram excesso de peso, enquanto 40% (n: 10) estavam eutróficos.

Referente aos resultados do questionário de frequência alimentar (Tabela 1) constatou-se que os idosos fazem consumo de alimentação variada, e por vezes em quantidades excessivas, com baixo consumo de vegetais e frutas.

Observando a Tabela 1 verificamos que quanto ao grupo de leite e derivados os idosos relataram maior frequência (42%) de consumo de 5 – 6 vezes/semana. Já para carnes e ovos o maior consumo foi de 2-4 vezes semanais (50%).

Para o grupo de óleos e gorduras os idosos relataram ingestão de maior frequência (54%) de consumo de 1 - 3 vezes/mês. E para o consumo de petiscos o maior consumo foi de (73%) de 1 – 3 vezes/mês.

Relativo a utilização de alimentos do grupo dos cereais constatou-se que os idosos relataram um maior consumo de (40%) de 1 vez/semana. E para o consumo de leguminosas a ingestão maior foi de (64%) a ingestão alimentar de 5 – 6 vezes/semana.

Referente ao uso dos alimentos do grupo das sobremesas a maior ingestão foi de (62%) de 1 - 3 vezes/mês. Já para bebidas o maior foi de (37%) de 1 – 3 vezes/mês.

Para o grupo de produtos light os idosos relataram um uso maior de (50%) de 2 – 4 vezes/semana. E para a ingestão de tubérculos o maior foi de (60%) de 1 vez/semana.

Relativo ao consumo do grupo das frutas os idosos relataram um maior consumo de (58%) de 5 – 6 vezes/semana. E para hortaliças cruas a ingestão maior foi de (89%) de 5 – 6 vezes/semana, também para o consumo das hortaliças cozidas se obteve uma maior utilização de (50%) de 1 – vez/semana e (50%) de 5 – 6 vezes/semana.

TABELA 1: Apresentação dos resultados do questionário de frequência alimentar, aplicado em um grupo de idosos do município de Cristal do Sul.

| GRUPO ALIMENTAR    | 1X/ DIA | 1X/ SEMANA | 2 OU MAIS X/DIA | 1 X/ SEMANA | 2 A 4 X/ SEMANA | 5 A 6 X/ SEMANA | 1 A 3 X/ MÊS |
|--------------------|---------|------------|-----------------|-------------|-----------------|-----------------|--------------|
| Leite e derivados  |         |            | 4%              | 15%         | 24%             | 42%             | 15%          |
| Carnes e ovos      |         |            | 1%              | 21%         | 50%             |                 | 28%          |
| Óleos e gorduras   |         |            |                 | 11%         | 21%             | 14%             | 54%          |
| Petiscos           | 2%      | 20%        |                 |             | 5%              |                 | 73%          |
| Cereais            |         | 40%        |                 |             | 15%             | 36%             | 9%           |
| Leguminosas        |         | 8%         |                 |             |                 | 64%             | 28%          |
| Sobremesa          |         | 34%        |                 |             | 4%              |                 | 62%          |
| Bebidas            | 2%      | 13%        |                 |             | 34%             | 16%             | 37%          |
| Produtos light     |         | 25%        |                 |             | 50%             | 25%             |              |
| Tubérculos         |         | 60%        |                 |             | 40%             |                 |              |
| Frutas             |         | 6%         |                 |             | 36%             | 58%             |              |
| Hortaliças cruas   |         | 7%         |                 |             | 4%              | 89%             |              |
| Hortaliças cozidas |         | 50%        |                 |             |                 | 50%             |              |

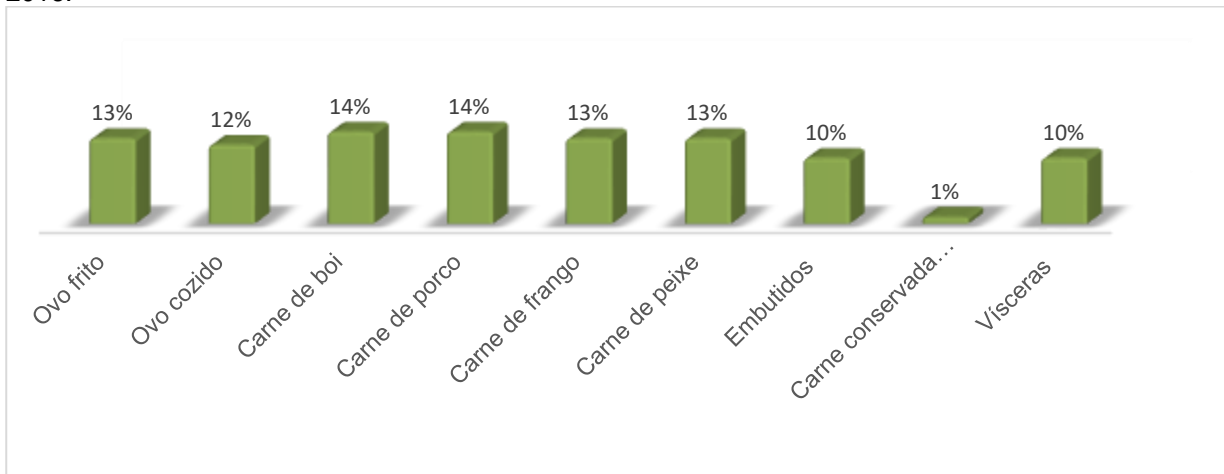
Fonte: MOURA e VOLKWEIS, 2016.

Dentre os alimentos mais consumidos pelos pesquisados no Município de Cristal do Sul, se destacam alguns alimentos frente aos grupos alimentares:

Ao observar o grupo de laticínios constatamos que a preferência foi para o queijo amarelo com 36%, seguida de 34% dos idosos que afirmaram ingestão de leite e derivados e leite desnatado e semidesnatado. O iogurte foi citado por 26% e em menor preferência está o leite integral com 4% de indicação.

A Figura 1 refere-se a frequência do consumo de carnes e ovos:

**Figura 1:** Frequência do consumo de carnes e ovos em um grupo de idosos do município de Cristal do Sul, 2016.



Fonte: MOURA e VOLKWEIS, 2016.

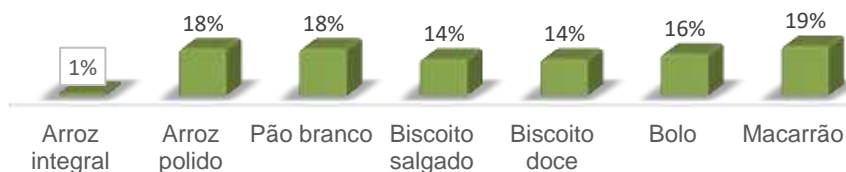
Relativo ao consumo de carnes e ovos a preferência foi de carne bovina e suína com 14%. Carne de frango, peixe e ovo frito com 13%, seguido de ovo cozido com 12%, embutidos e vísceras com 10%, e em menor preferência para a carne conservada ao sal com 1%.

Para o consumo de óleos e gordura a preferência foi para azeite e maionese ambos com 31%, em seguida com 16% a margarina, bacon e toucinho com 13%, e em menor preferência a manteiga com 9%.

Para a frequência do consumo de petiscos. Verificou-se a preferência foi para pizza e amendoim com 40%, em seguida com 33% os enlatados, e em menor preferência snacks e batata frita com 27%.

A Figura 2 refere-se a frequência do consumo de cereais:

**Figura 2:** Frequência do consumo de cereais em um grupo de idosos do município de cristal do sul, 2016.



Fonte: MOURA e VOLKWEIS, 2016.

Referente ao grupo dos cereais a preferência foi para macarrão com 19%, arroz polido e pão branco com 18%, bolo com 16%, biscoito salgado e doce com 14%, e em menor preferência o arroz integral em 1%.

Quanto ao grupo das leguminosas, constatou-se que todos os pesquisados consomem feijão. Sendo este um ponto muito positivo quando refletimos sobre hábitos alimentares que promovem a saúde na fase de envelhecimento.

Quando questionados sobre o grupo das sobremesa a preferência foi para doces e



balas com 29%, chocolates e achocolato e bombons com 23%, em seguida tortas com 20%, sorvete com 18%, e em menor preferência a geleia com 10%.

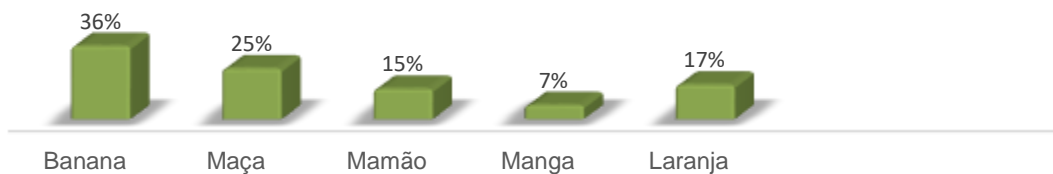
Relativo ao consumo de bebidas a preferência foi para suco natural com açúcar e o refrigerante normal, ambos com 32% e o café com açúcar com 28%, e em seguida café sem açúcar e suco artificial sem açúcar ambos com 3%, e em menor preferência o suco natural sem açúcar com 2%.

Analisando o consumo dos outros alimentos questionados foi verificado que a ingestão de adoçante líquido e a margarina estão presente na alimentação dos idosos.

E quanto a ingestão de tubérculos os idosos relataram que ingerem tanto a batata inglesa quanto a mandioca semanalmente.

A Figura 3 refere-se a frequência do consumo de frutas:

**Figura 3:** Frequência do consumo de frutas em um grupo de idosos do município de cristal do sul, 2016.

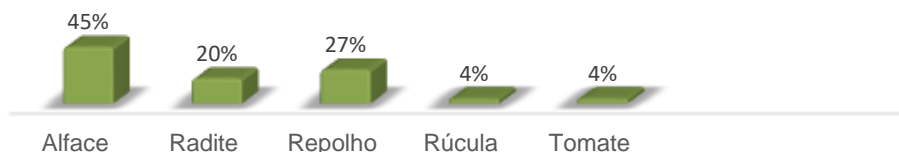


Fonte: MOURA E VOLKWEIS, 2016.

Referente ao consumo de frutas a preferência foi para banana com 36% e a maça com 25%, em seguida a laranja com 17% e o mamão com 15%, e em menor preferência a manga com 7%.

A Figura 4 a seguir refere-se a frequência do consumo de hortaliças cruas:

**Figura 4:** Frequência do consumo de hortaliças cruas em um grupo de idosos do município de Cristal do Sul, 2016.



Fonte: MOURA e VOLKWEIS, 2016.

Quanto o consumo de hortaliças cruas os idosos relataram que a preferência foi para alface com 45%, e o repolho com 27%, em seguida a radite com 20%, e em menor preferência a rúcula e o tomate com 4%. Já para o consumo de hortaliças cozidas a preferência foi de 54% para cenoura e em menor preferência a beterraba com 46%.

---

## DISCUSSÃO

O presente estudo mostra que os dados antropométricos apontaram um número relevante de idosos com excesso de peso em ambos os sexos, os pontos de corte estipulados por Lipschitz, onde se encontram, 15 idosos (60%) em estado de sobrepeso e 10 idosos (40%) em estado de eutrofia, levando a um risco aumentado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Além disso sabe-se que o envelhecimento torna o organismo mais susceptível e vulnerável as doenças. (GARCIA; SILVA; PERREIRA, 2012).

Em uma pesquisa realizada por Santos; Jacoby e Garcia (2013) os pontos de corte estipulados por Lipschitz determinaram que 21 idosos (16%) se encontram com baixo peso, 69 idosos (52,7%) foram classificados como eutróficos e 41 idosos (31,3%) como sobrepeso.

A prevalência de obesidade encontrados no estudo de Silveira (2009) mostra que segundo o ponto de corte IMC > 27 kg/m<sup>2</sup>, foram classificados homens e mulheres respectivamente com 54,4% e 40,1% com obesidade. Já no estudo de Freitas; Philippi e Ribeiro (2011) em relação ao estado nutricional, 52% apresentaram IMC ≤ 28 kg/m<sup>2</sup> e 15% apresentaram o IMC entre 28 e 30 kg/m<sup>2</sup>; 26% entre 30 e 35 kg/m<sup>2</sup> e 7% apresentaram IMC > 35 kg/m<sup>2</sup>.

O consumo alimentar se apresentou bastante inadequado, com destaque para o baixo consumo diário de frutas (58%), verduras e legumes (89%) relatam cinco a seis vezes por semana o consumo, leite (42%), bem como o consumo semanal de peixes (13%). Por outro lado, alimentos como doces/chocolates (23%), balas (29%), refrigerante comum (32%), apresentaram ingestão diária elevada.

O leite e seus derivados constituem alimentos de grande valor nutricional, pois possuem fontes de proteína de alto valor biológico além de vitaminas e minerais. É recomendável o consumo habitual destes alimentos principalmente para adquirir a quantidade diária de cálcio, nutriente esse necessário pra formação e a manutenção da estrutura óssea. (MUNIZ; MADRUGA; ARAÚJO, 2013).

Segundo Passanha (2011) deve-se avaliar o consumo de derivados do leite tais como o queijo e o iogurte deve-se ter uma atenção maior pois em seus derivados podem conter quantidades elevadas de gordura e açúcar.

No estudo realizado por Volkweis et al. (2012) a alimentação dos idosos apresenta-se inadequada, visto que os erros alimentares representam um risco ao controle das doença podendo levar ao agravamento da mesma. A maioria dos idosos apresentou consumo inadequado de frutas, hortaliças, leite e derivados, quanto maior o consumo desses alimentos pelos participantes menor os valores de pressão arterial. Além disso houve também associação entre os níveis de triglicerídeos e o aumento do consumo de cereais.

Relativo ao consumo de alimentos fontes de carboidrato foi constatado que a batata

inglesa e a mandioca ambos tiveram preferência de 50% e em seguida o macarrão com 19%, o arroz branco e o pão branco com 18%, e em menor prevalência o biscoito e o bolo. O estudo de Malta; Papini; Corrente (2013) nos traz que foi encontrado um consumo insuficiente do grupo dos cereais, raízes e tubérculos. Esse grupo de alimentos em sua composição tem o carboidrato que é fonte de energia. O feijão, o arroz e as hortaliças apresentaram seu consumo diário mais elevado.

No meio rural, se mantém um tradicional hábito alimentar com uma típica combinação de feijão com arroz desta população. (HEITOR; RODRIGUES; TAVARES, 2013).

Quanto ao consumo dos macronutrientes, o carboidrato parece ser a preferência dos idosos, seu consumo aumenta com o avanço da idade. Entretanto os idosos tem monotonia alimentar, conforme aumentam suas dificuldades para o preparo e ingestão dos alimentos, (VENTURINI, 2015).

Segundo Deon et al. (2015) na pirâmide alimentar para idosos americanos é enfatizada a importância do consumo de grãos e cereais integrais, estes alimentos são fontes de carboidratos complexos. Os alimentos como arroz, pão, macarrão, batata e mandioca tem mais presença nos domicílios brasileiros. Mas embora o recomendado seria o consumo de cereais e pães integrais. Deve ser estimulado sempre que possível os idosos a comer pães e massas elaborados com farinhas integrais.

Lopes et al. (2010) ao estudar verificou que constituíram presença frequente no consumo semanal dos idosos o grupo dos cereais e pães, sendo o mais preferido o pão e o arroz, esses alimentos devem constar na alimentação dos idosos, porém, de forma equilibrada e ajustada. O pão é um alimento muito consumido nos lares brasileiros, hoje a farinha integral ganhou muito espaço nesse mercado devido ao apelo nutricional, assim a farinha branca vem sendo substituída cada vez mais, porém o idoso tem uma antiga tradição de fazer o seu próprio pão e alguns hábitos como esse é muito visto ainda nos dias atuais. (CARVALHO, 2014). No presente estudo a grande parte dos entrevistados citou o pão branco o mais consumido.

Segundo Almeida; Guimarães; Rezende (2010) em seu estudo os resultados mostram o consumo de arroz, 96,50% o consomem frequentemente, o leite, 58,3% o consomem com frequência. Essa informação de consumo elevado pode estar associada à necessidade de cálcio. A carne bovina, o consumo é de 68,2%; o feijão, 86,1%; as frutas, 67,0% e as verduras, 85,2%, para muitos, fazem parte do cardápio diário. A exceção é o macarrão, que 80% dos idosos consomem raramente, pois afirmam que engorda muito. Pode-se, então, afirmar que a seleção de alimentos sofre influência dos costumes e da tradição.

Foi constatado que os alimentos que compõem o grupo dos açúcares e doces como os biscoitos, chocolates, os doces em geral, refrigerantes, sorvetes. A ingestão frequente desses alimentos pode aumentar a prevalência de sobrepeso e obesidade e de intolerância à glicose e diabetes mellitus, estes são considerados fatores de risco para Doenças

---

Crônicas Não Transmissíveis como doenças cardiovasculares. Deve se evitar refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos e outras guloseimas. É recomendado apenas uma porção deste grupo de alimentos que pode ser consumido por dia. Embora deve se priorizar o consumo de alimentos e bebidas de sabor natural evitar ou reduzir o açúcar adicionado. (DEON et al., 2015).

O comportamento alimentar em relação a fontes de lipídeos revelado pelos resultados pode estar atrelado à questão cultural e aos fatores econômicos sociais, geográficos. O resultado para o consumo de laticínios o mais prevalente foi para o queijo amarelo com 36%, óleos e gorduras com 31% para maionese e azeite podendo estar relacionado à questão cultural. Este aspecto deve ser considerado, pois as pessoas expressam sua cultura ao afirmar que valorizam determinadas coisas e, indiretamente por meio de costumes e práticas que refletem esses valores. (ALMEIDA; GUIMARÃES; REZENDE, 2010). As etnias que formam a população do município de Cristal do Sul são de descendência: alemã, italiana, polonesa, sendo assim, os pesquisados possuem hábitos alimentares voltado aos costumes de sua cultura.

As gorduras são fontes de energia para o organismo o importante é saber distinguir aquelas que são mais saudáveis e essenciais ao bom funcionamento do organismo daquelas que devem ser evitadas por prejudicar a saúde e, consumi-las dentro do recomendado, pois o consumo excessivo de alimentos com alto teor de gordura saturada está associado ao risco de incidência de várias doenças. (MAURICIO; FREBONE; GAGLIARDO, 2014)

Ressaltando quanto a ingestão de carnes e ovos, a carne bovina e a carne suína estão em maior prevalência com 14% são consumidas 2 a 4 vezes por semana, em seguida vem a carne de frango, carne de peixe e o ovo frito com 13%. Já em Freitas; Philippi; Ribeiro (2011) o frango foi o alimento com a maior porcentagem no consumo desse nutrientes, porém em relação à frequência de três vezes por semana. O alto consumo desse alimento pode ser explicado por várias razões: por ser uma carne de baixo custo, também por apresentar consistência mais branda comparativamente à carne bovina, o que facilita o seu consumo entre os indivíduos com uso de próteses odontológicas e/ou dificuldade na mastigação, comum entre os idosos.

Referentes às escolhas das carnes os resultados de Lopes et al. (2010) foram contrários aos dos encontrados por Freitas; Philippi; Ribeiro (2011) onde a carne bovina foi a mais consumida diariamente, seguida pela carne de frango. Lopes et al. (2010) relata que os alimentos seguidos da lista dos mais consumidos pelos entrevistados foram o leite e os queijos, No que se refere ao consumo de leite e substitutos, este pode estar diretamente relacionado com o nível de renda.

Segundo Gindri (2013) a ingestão dos alimentos de origem animal se faz necessário um consumo de uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos diariamente, sendo mais indicado retirar a gordura aparente nas carnes e a pele antes da preparação.

De acordo com Mauricio; Frebone e Gagliardo (2014) as hortaliças são um

importante componente da dieta, e fornecem não apenas variedade de cor e textura às refeições, mas também nutrientes importantes, têm pouquíssimas gordura e calorias, relativamente pouca proteína, mas são ricas em carboidratos e fibras e fornecem níveis significativos de micronutrientes à dieta e possuem uma variada gama de compostos funcionais.

No que tange ao consumo de leguminosas, verduras e frutas a literatura nos traz que o consumo destes alimentos estão associados a proteção contra doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer. Embora não tem mecanismos em relação a essa associação, estes alimentos que compõem a dieta além de proporcionar fontes de excelente valor nutricional são usualmente pobres em gordura saturada. (BRAGA et al., 2009).

A Anvisa define fruta como o produto procedente da frutificação de uma planta, destinado ao consumo, in natura. De acordo com Secafim (2015) as frutas são de um grupo de alimentos de baixa densidade energética, com fontes de água, vitamina, minerais e fibras, e em pequenas quantidades de proteína, lipídeos e carboidratos. Apresentando poucas calorias em relação ao volume de alimento consumido assim favorecendo a manutenção de peso corporal saudável. O consumo recomendado é de duas a três porções de frutas diariamente. (DEON et al., 2015). É importante o consumo de frutas pois estão associados a proteção contra doenças cardiovasculares e alguns tipos de câncer. (MALTA; PAPINI; CORRENTE, 2013).

O maior consumo de frutas é uma das metas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Uma das maneiras de aumentar o consumo destes alimentos é reduzindo os preços e facilitando seu acesso. Outra medida a ser utilizada seria o incentivo ao cultivo de pomares e hortas nas residências dos idosos. (GADENZ; BENVEGNÚ, 2013).

Segundo Rocha (2013) com o envelhecimento acelerado da população, o estilo de vida sedentário e o uso de dietas hipercalóricas, implicam na sobrecarga metabólica que está associado ao aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, a exemplo das doenças cardiovasculares. Mudanças no estilo de vida e na alimentação são necessários para uma recuperação ou no mínimo a manutenção do estado da saúde do idoso, mas é preciso lembrar que para a população idosa mudanças podem ser difíceis. É preciso realizar essas mudanças respeitando os padrões culturais, sempre associando o prazer com a saúde. (FAZZIO, 2012).

Analisando a ingestão de outros alimentos questionados foi verificado a utilização de produtos light tais como a margarina e o adoçante, ambos com preferência de 50%. De acordo com Oliveira; Franco (2010) em seu estudo afirma que o adoçante mais consumido é na forma líquida para os 100% dos sujeitos estudados que substitui o açúcar. Subentende-se seu consumo é menor nas preparações sólidas, semilíquidas e pastosas. Já para Saito; Pereira; Paixão (2013) o adoçante mais consumido também na formula líquida, os indivíduos entrevistados relataram que trocariam o adoçante por açúcar, caso pudessem.

Assim como a maioria da população, parte dos idosos também se alimenta de forma inadequada. Muitas vezes por acabar ficando sozinho, não tem vontade de preparar uma refeição, ou até mesmo acha desnecessária a ingestão de alimentos diversificados. Na maioria das vezes acaba por consumir muito de alguns nutrientes, deixando outros de lados. A população idosa merece uma atenção especial nesse cenário, já que sua tradição vem de outra época, onde as refeições eram feitas sempre em casa, preparadas pela própria dona da casa. (CARVALHO, 2014).

É fundamental que o idoso tenha uma dieta equilibrada em carboidratos, proteínas e lipídeos. É primordial o atendimento as necessidades de vitaminas e minerais, pois os nutrientes atuam regulando diversas funções no organismo agem como antioxidantes assim prevenindo o envelhecimento e o aparecimento de doenças. As refeições devem apresentar aspectos agradáveis como a cor, sabor, aroma e textura atendendo as preferências do idoso. (RODRIGUES, 2010). É substancial os idosos considerar as recomendações de macro e micronutrientes, proteínas, cálcio, vitamina C, vitamina D e vitamina B12, evitando a carências nutricionais. É importante realçar as necessidades hídricas diárias, pois pode causar risco de desidratação. (SILVEIRA, 2012).

A nutrição adequada é um fator determinante de qualidade de vida em qualquer faixa etária. A alimentação é importante para a conservação da saúde. (BEZERRA et al, 2015). É necessário para ter um envelhecimento saudável ter uma alimentação saudável, esta irá manter o estado nutricional adequado. (BARAZZETTI; SIVIERO; BONATTO, 2013).

Dellani et al. (2014) afirma que deve-se incluir as seguintes recomendações, dirigidas a população: Obter um equilíbrio e um peso normal; Limitando a ingestão energética procedente das gorduras, substituir as gorduras saturadas por gorduras insaturadas e reduzir as gorduras trans; Aumentar o consumo de frutas e hortaliças, assim como de legumes, cereais integrais e frutas secas; Limitar a ingestão de açúcares livres; Limitar a ingestão de sal (sódio) de toda procedência e consumir sal iodado. A busca por uma qualidade de vida está cada vez mais em foco nos dia de hoje. Além disso sabe-se que o estilo de vida que temos influencia na qualidade de vida que possuímos nesse sentido essas duas situações se complementam para termos o resultado do bem estar.

De acordo com Sonati; Vilarta e Silva (2010), a região sul foi a mais que mais recebeu imigrantes como os italianos, poloneses e alemães, atraídos pelo clima e por ser uma região agrícola. Os exemplos típicos são observados a partir da influência culinária polonesa como o repolho, pão de leite e sopas, italianos como as uvas, vinhos pães, queijos, salames, massas em geral e sorvetes; alemães com a batata, centeio, carnes defumadas, cerveja, linguiça e laticínios, habito do café colonial, cuca, torta de maça, bolo de frutas. Portando em muitas regiões do Rio Grande do Sul se tem o hábito de consumir o arroz carreteiro e o famoso churrasco gaúcho.

A cultura e as crenças entre outros fatores influenciam a escolha dos alimentos. A alimentação humana está cada mais vinculada as exigências tradicionais e espirituais do que as próprias necessidades fisiológicas relacionada a história dos diferentes povos. Os tipos de alimentos consumidos nos diferentes países tendem a ser cada vez mais

semelhantes uma vez que os comportamentos alimentares são adaptados à cultura de cada povo e país, sendo marcadas pelas particularidades locais com um certo apego a própria identidade. (RECINE; RADAELLI, 2009).

## CONCLUSÃO

Com base nos achados verificou-se, que os fatores de risco que interferem no estado nutricional dos idosos socialmente ativos foram a alta prevalência de sobrepeso, no gênero masculino e feminino, e que a população estudada possui uma alimentação inadequada devido aos costumes alimentares.

Neste contexto, faz-se necessário a execução de medidas educativas que visem tanto orientar, quanto promover uma alimentação saudável entre os idosos, assim estes indivíduos poderão vivenciar um envelhecimento ativo e bem sucedido.

## REFERÊNCIAS

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Frutas**. [Capturado 2016 maio]. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)>.

ALMEIDA, Ivana Carneiro; GUIMARÃES, Gislaine Fernandes; REZENDE, Daniel Carvalho. Hábitos alimentares da população idosa: padrões de compra e consumo. **Gestão Contemporânea**, Porto Alegre, n. 8, p. 63-92, dez. 2010.

ANDRADE, Renata Kelly de Oliveira; FONSECA, Gislene Soares da; REIS, Vivianne Margareth Chaves Pereira. Estado nutricional de idosos do grupo feliz idade da cidade de Capitão Enéas/MG. **Revista Multitexto**, Minas Gerais, v. 3, n. 01, 2015.

BALDONI, André de Oliveira. O impacto do envelhecimento populacional brasileiro para o sistema de saúde sob a óptica do fármaco epidemiologia: uma revisão narrativa. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, São Paulo, p. 313-321, mar. 2011.

BARAZZETTI, Renata; SIVIERO, Josiane; BONATTO, Simone. Estado nutricional, consumo de calorias e macronutrientes de mulheres participantes de uma universidade da terceira idade no Sul do País. **Estudo Interdisciplinar. Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 18, n. 2, p. 331-347, 2013.

BRASIL, **Alimentação saudável para pessoas com mais de 60 anos: siga os dez passos**. Outubro, 2009. Disponível em: <<http://www.ripsy.org.br/lis/resource/23217#.V1bET9lrK1s>> Acesso em 07 de junho, 2016.

BRAGA, Camila Pereira et al. Avaliação antropométrica e nutricional de idosas participantes do programa universidade aberta à terceira idade (UNATI) de 2008. **Revista Simbio-Logias**, v.2, n.1. mai.2009.

BEZERRA, Glauciane de Sousa et al. Relação entre saúde bucal e o estado nutricional

---

em idosos. **Revista e ciência**, v. 3, n. 1, set. 2015.

CARVALHO, Bruna Pimenta, **Hábitos alimentares de idosos frequentadores do Centro de Convivência da Zona Leste de Londrina**. Londrina, 2014. Disponível em: <[http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/2382/1/LD\\_COALM\\_2013\\_2\\_04.pdf](http://repositorio.roca.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/2382/1/LD_COALM_2013_2_04.pdf)>. Acesso em 17 de maio, 2016.

CIVINSKI, Cristian; MONTIBELLHER. André; BRAZ. André Luiz de Oliveira. A importância do exercício físico no envelhecimento. **Revista da Unifebe**, Brusque, jun. 2011.

DELLANI, Marcos Paulo et al. Estilo de vida com qualidade de vida: Uma visão de complementaridade. **Revista de educação do IDEAU**, v. 9. n. 19. jan/jun. 2014.

DEON, Rúbia Garcia et al. Consumo de alimentos dos grupos que compõem a pirâmide alimentar americana por idosos brasileiros: uma revisão. **Ciência e saúde**, jan/abr. 2015.

FAZZIO, Débora Mesquita Guimarães. Envelhecimento e qualidade de vida – uma abordagem nutricional e alimentar. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 1, n. 1, p. 76-88, 2012.

FREITAS, Angélica M de Pina; PHILIPPI, Sonia Tucunduva; RIBEIRO, Sandra Maria Lima. Listas de alimentos relacionadas ao consumo alimentar de um grupo de idosos: análises e perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 161-177, 2011.

GADENZ, Sabrina Dalbosco; BENVENEGUÍ, Luís Antônio. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. **Ciência e saúde coletiva**, v.18 n.12, Rio de Janeiro, dez. 2013.

GARCIA, Paloma Popov Custódio; SILVIA; Lília Godoy; PERREIRA, Tatiane Andréia. Saúde nutricional de idosos: Aspectos bioquímicos, antropométricos e alimentares. **Ensaio e Ciência Biológica, agrária e da Saúde**, v. 16, n. 4, 2012.

GINDRI, Érica Carvalho. **Consumo alimentar de idosos cadastrados em uma estratégia de saúde da família**. Ijuí 2013. Disponível em: <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/1991/erica%20gindri%20tcc.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 17 de maio, 2016.

HEITOR, Sara Franco Diniz; RODRIGUES, Leiner Resende; TAVARES, Darlene Mara dos Santos. Prevalência da adequação à alimentação saudável de idosos residentes em zona rural. **Texto contexto – enfermagem**, v. 22 n. 1. Florianópolis, jan./mar. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Sinopse do censo demográfico 2010**. Rio Grande do Sul, 2010.

LOPES, Amanda Forster et al. Perfil antropométrico e alimentar dos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade (UNATI) do Instituto de Biociências de Botucatu. **Revista Ciência Extensão**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 1-13, 2010.

LOPES, Jamile Almeida. **Instituições de longa permanência: Avaliando a dieta de idosos e as condições estruturais e higiênicas – sanitárias das unidades de alimentação e nutrição**. Bahia 2014.



---

MALTA, Maíra Barreto; PAPINI, Silvia Justina; CORRENTE, José Eduardo. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista – aplicação do Índice de Alimentação Saudável. **Ciências & saúde coletiva**, v. 18 n. 2. Rio de Janeiro, fev.2013.

MAURICIO, Layane dos Santos; FEBRONE, Rafaela Rosa; GAGLIARDO, Luiz Claudio. Avaliação da frequência de consumo alimentar de idosos participantes do projeto integrar. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Grande Rio, 2014.

MEDEIROS, Pabline et al. Aspectos nutricionais de idosos atendidos em um centro de saúde. **Rev Pesq Saúde**, Maranhão, Dezembro 2014. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/3658/1658>>. Acesso em: 20 de maio, 2015.

MUNIZ, Ludmila Correa; MADRUGA, Samanta Winck; ARAÚJO, Cora Luiza. Consumo de leite e derivados entre adultos e idosos no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.12, dez. 2013.

OLIVEIRA, Paula Barbosa de; FRANCO, Laércio Joel. Consumo de adoçantes e produtos dietéticos por indivíduos com diabetes melito tipo 2, atendidos pelo Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 455-462, 2010.

PASSANHA, Adriana et al. Caracterização do consumo de leite em idosos. São Paulo. **Revista Brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, v. 21. n. 2. São Paulo, 2011.

PORTAL BRASIL, **Brasil é reconhecido por políticas públicas em favor de idosos**. 30 de Jul. 2014. Disponível: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/brasil-e-reconhecido-por-politicas-publicas-em-favor-de-idosos>>. Acesso em: 20 de maio, 2016.

RECINE, Elisabetta; RADAELLI, Patrícia. **Alimentação e cultura**. 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao\\_cultura.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cultura.pdf)>. Acesso em: 14 de maio, 2016

RIBEIRO, Aída Calvão et al. Validação de um questionário de frequência de consumo alimentar para população adulta. **Revista de Nutrição**, v. 19 n. 5. Campinas, Out. 2006.

ROCHA, Fabiana Lucena; MENEZES, Tarciana Nobre de; MELO, Rômulo Lustosa Pimenteira de; PEDRAZA, Dixis Figueroa. Correlação entre indicadores de obesidade abdominal e lipídeos séricos em idosos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 59, n. 1, p. 48-55, 2013.

RODRIGUES, Tânia. Avaliação nutricional de idosos. **RG nutri- identidade em nutrição**, 2010. Disponível em: <<http://www.rgnutri.com.br/>>. Acesso em: 17 de maio, 2016.

SAITO, Tiemi; PEREIRA, Rackelly Borges; PAIXÃO, Mirian Patrícia Castro Pereira. Avaliação do nível de conhecimento de portadores de diabetes mellitus sobre adoçantes. **Demetra: alimentação, nutrição & saúde**, Espírito Santo, v. 8, n. 1, p. 39- 51, 2013.

SANTOS, Marcos Vinícius da Silva; JACOBY, Elizete de Fátima; GARCIA, Débora Rios. Análise descritiva do IMC dos idosos participantes de um grupo de ginástica de uma instituição particular de Porto Alegre. **FIEP BULLETIN**, v. 83, 2013. Disponível em:

<<http://www.fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/2736/5328>>. Acesso em: 20 de maio, 2016.

SECAFIM, Mayara Vieira. **Consumo de frutas de idosos residentes do Município de São Caetano do Sul**. Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <<http://conic-semesp.org.br/anais/files/2015/trabalho-1000019064.pdf>>. Acesso em: 02 de maio, 2016.

SCHMALTZ, Raquel Mara Ladeira do Carmo. Avaliação do consumo alimentar de idosos Institucionalizados da cidade de Paracatu, MG. **Revista Augustus**, v. 16. n. 32. Rio de Janeiro, jul. 2011.

SILVEIRA, Erika Aparecida; KAC, Gilberto; BARBOSA, Larissa Silva. Prevalência e fatores associados à obesidade em idosos residentes em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: classificação da obesidade segundo dois pontos de corte do índice de massa corporal. **Caderno de Saúde Pública**, v. 25 n.7, Rio de Janeiro, jul. 2009.

SILVEIRA, Maria Cardoso. A Nutrição no Envelhecimento. **Ciclo de estudos: 1.º Ciclo em Ciências da Nutrição**, Porto, 2012. Disponível em: <<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/68898/2/6867.pdf>>. Acesso em: 17 de maio, 2016.

SONATI, Jaqueline Girnos; VILARTA, Roberto; SILVA, Cleliani de Cassia da. **Influências Culinárias e Diversidade Cultural da Identidade Brasileira: Imigração, Regionalização e suas Comidas**. UNICAMP, 2010. Disponível em: <[http://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/cultura\\_alimentarcap14.pdf](http://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/cultura_alimentarcap14.pdf)>. Acesso em: 14 de maio, 2016.

TADDEI, José Augusto et al. **Nutrição em Saúde Pública**, Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011.

VENTURINI, Carina Duarte et al. Consumo de nutrientes em idosos residentes em Porto Alegre (RS), Brasil: um estudo de base populacional. **Ciências e saúde coletiva**, pg. 3701-3711, 2015.

VOLKWEIS, Dionara Simoni Hermes et al. Hábitos alimentares em idosos. **EFDeportes.com, Revista Digital**, n. 171, Buenos Aires, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd171/habitos-alimentares-em-idosos.htm>>. Acesso em: 11 de outubro, 2015.

## VISAT: DIFICULDADES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UM CEREST DE SC

### VISAT: DIFFICULTIES OF THE MULTIPROFESSIONAL TEAM OF A SC CEREST

Isabel Domingos Ceron<sup>1</sup>  
Maristella Siqueira Pra<sup>2</sup>

Recebido em: 04 jul. 2017

Aceito em: 05 maio 2018

**RESUMO:** Estudo com objetivo de identificar as dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Macrorregional de Santa Catarina, quanto a realização de ações de vigilância em saúde do trabalhador. Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido com os profissionais que compõe a equipe do referido CEREST, no período de fevereiro a maio 2017. Para coleta de dados foi realizada uma entrevista com roteiro semi-estruturado com o total dos profissionais da equipe que atualmente são quatro. A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo de Minayo a qual preconiza a categorização dos dados. As principais dificuldades apontadas pela equipe estão vinculadas a falta de recursos humanos, a área de abrangência do CEREST, a diversidade da área de atuação das empresas, a localização das empresas a serem fiscalizadas estarem muito distantes umas das outras em locais de difícil acesso e a falta de identificação destas empresas. Os fatores relacionados a falta de recursos humanos, interferem diretamente no processo de trabalho da equipe, que atualmente tem suas atividades voltadas a fiscalização dos ambientes de trabalho, de casos com datas pré-estabelecidas pelo MP. A equipe optou em organizar suas ações em dois núcleos; capacitações e fiscalizações.

**Palavras-chave:** Trabalho. Saúde do Trabalhador. Vigilância em Saúde.

**ABSTRACT:** This study aimed to identify the difficulties encountered by the multiprofessional team of a Reference Center for Occupational Health (CEREST) Macroregional of Santa Catarina, regarding the Health surveillance. Research of qualitative, descriptive, exploratory and field approach. The study was developed with the professionals that make up the CEREST team from February to May 2017. For data collection, an interview with a semi-structured script was carried out with the total of the professionals of the team, who are currently four. The analysis of the data was carried out from the analysis of Minayo which advocates the categorization of data. The main difficulties The lack of human resources, the scope of CEREST, the diversity of the area of activity of the companies, the location of the companies to be inspected are far Of the others in places of difficult access and the lack of identification of these companies. The factors related to the lack of human resources directly interfere in the work process of the team, which currently has its activities focused on the supervision of work environments, of cases with dates established by the MP. The team chose to organize their actions in two nuclei; Training and supervision.

**Keywords:** Work. Worker's Health. Health Surveillance.

---

<sup>1</sup> Universidade do Extremo Sul Catarinense.

<sup>2</sup> Universidade do Extremo Sul Catarinense.

## CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

Trabalhar se constitui numa parte importante da vida do ser humano, e a importância deste na vida das pessoas vai muito além de que, através dele, satisfazemos nossas necessidades básicas; tem a ver também com realização pessoal, com sentir-se útil e encontrar sentido para os dias (KANAANE, 1999).

O trabalho, por si só, é revelador da nossa humanidade, uma vez que possibilita ação transformadora sobre a natureza e si mesmo. Além disso, a nossa capacidade inventiva e criadora é exteriorizada através do ofício que realizamos. Todas essas mudanças remeteram a novos conceitos de trabalho e relações no trabalho, observando-se aqui um maior adoecimento do trabalhador e por este motivo surge então a necessidade de maior discussão do assunto saúde do trabalhador.

Refletir sobre o processo saúde e doença requer pensar nas questões relacionadas ao trabalho e suas repercussões na vida do trabalhador e de sua família. De acordo com vários estudos, entende-se que são diversas as causas e fatores que interferem no aparecimento de doenças relacionadas ao trabalho.

Atualmente, as novas tecnologias e formas de organização que vêm sendo implantadas nos processos de trabalho para produções mais dinâmicas, tem influenciado diretamente sobre a saúde do trabalhador (TORRES et al., 2011). A Saúde do Trabalhador, é uma área de pesquisa consolidada como produção de conhecimentos específico em saúde coletiva, sendo também, um tema de estudo transversal associando conhecimentos de epidemiologia, ciências sociais e planejamento e estudos de gêneros, doenças e saúde ambiental. (STRAUSZ, 2014).

A Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença (LACAZ; 1996).

A vigilância em saúde do trabalhador é uma ação típica de saúde pública e, portanto, vinculada diretamente ao Sistema Único de Saúde (SUS). É a partir do SUS que se pode falar em VISAT.

O campo da Saúde do Trabalhador no Brasil sofreu influência direta dos movimentos sindicais e suas reivindicações por melhores condições de trabalho e de saúde.

"Com a regulamentação da Lei nº 8.080/90, ficou definido que cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS) atuar na assistência, na vigilância e no controle de agravos à saúde relacionados ao trabalho" (QUILIÃO; FASSA; RESTREPO, 2013, p.258).

O SUS, é um sistema que articula políticas e outras estruturas do Estado brasileiro. É necessário então, pensar uma vigilância voltada para a saúde no trabalho vinculando a rede de saúde, para dar conta de seu objetivo maior, ou seja, vigiar e intervir nos processos e ambientes de trabalho onde existam fatores determinantes de perda da saúde da população que trabalha.

Logo, são os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST's) que devem desencadear a VISAT, seja disseminando-a na própria rede SUS, onde ela deve permear grande parte das ações.

A partir dessas reflexões surgiu o problema de pesquisa com o tem: Quais as dificuldades de vigilância em saúde do trabalhador encontradas pela equipe multiprofissional de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de Santa Catarina?

Buscando identificar as dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional surgiu as seguintes hipóteses:

Equipe multiprofissional defasada em relação a área de abrangência;

Falta de treinamento e capacitação da equipe;

Falta de recursos materiais e investimento para desenvolver ações em saúde do trabalhador.

Diante das reflexões sobre a temática, tem-se como objetivo geral identificar as dificuldades de vigilância em saúde do trabalhador encontradas pela equipe multiprofissional de um CEREST de Santa Catarina. Além do objetivo geral para elencar-se, surge os objetivos específicos: Conhecer as ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelo CEREST; identificar a forma como as ações de vigilância em saúde do trabalhador são realizadas pelo CEREST; descrever as ações de vigilância em saúde do trabalhador desenvolvidas pelo CEREST.

## **MÉTODOS**

Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória do campo. O estudo foi realizado em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) de uma região de Santa Catarina.

A análise de dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição UNESC.

O estudo foi realizado com os profissionais que compõe atualmente a equipe multiprofissional do CEREST, sendo hoje quatro (04) profissionais.

O questionário semiestruturado se deu como roteiro flexível visando obter respostas aos objetivos da pesquisa.

A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo de Minayo, a qual preconiza a categorização dos dados; que visa à interpretação de material de caráter qualitativo, assegurando uma descrição objetiva, sistemática e com a riqueza detalhes no momento da coleta dos dados.

Para preservar o sigilo decorrente das entrevistas realizadas, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Res. 510/16 (CNS) que envolvem pesquisa com

Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se a letra “E” para os profissionais da equipe multidisciplinar, seguida do respectivo número - E1 a E14.

A coleta de dados foi iniciada após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC; pelo parecer 1.870.468.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### PERFIL DOS ENTREVISTADOS:

Quanto ao gênero todos são do sexo feminino. Quanto a idade variou de 44 anos a 54 anos; Quanto ao tempo de atuação no serviço variou de 4 anos a 8 meses. Das entrevistadas 3 possuem curso superior e 1 das entrevistadas nível técnico. Participaram de capacitações relacionado as fiscalizações: 3 das entrevistadas e somente 1 das entrevistadas atua na sua área de formação. As atividades desempenhadas exigiram apenas um tempo mínimo de 2 semanas de capacitação em VISAT.

### AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO CEREST

Segundo a equipe multidisciplinar as ações desenvolvidas pelo CEREST estão relacionadas à fiscalização do ambiente de trabalho; promoção, prevenção, assistência e vigilância em saúde do trabalhador; além de capacitações da equipe.

#### Quadro nº 2 - Ações desenvolvidas pelo CEREST

| Ações desenvolvidas pelo CEREST        | Entrevistado (E1 a E4) |
|--|------------------------|
| Fiscalização dos ambientes de trabalho | 03 (E1, E2 e E3)       |
| Promoção à saúde do trabalhador        | 02 (E1 e E4)           |
| Prevenção em saúde do trabalhador      | 01 (E4)                |
| Assistência à saúde do trabalhador     | 01 (E4)                |
| Vigilância em saúde do trabalhador     | 01 (E4)                |
| Capacitações                           | 01 (E1)                |

Nesta categoria, a fiscalização do processo de trabalho foi a ação mais citada pelos entrevistados, sendo uma das atribuições do CEREST.

A fiscalização do processo de trabalho é uma das atribuições do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, segundo os profissionais E1, E2 e E3:

E1 - “Fiscalização dos ambientes e processos de trabalho[...].”

E 2 e 3 - “Fiscalização dos ambientes de trabalho de empresas e/ou órgãos com CNPJ; fiscalizações voltadas a saúde do trabalhador”.

Rosa et al. (2016) e Sanchez (2009), referem que as ações de fiscalização dos ambientes de trabalho consistem de fato, em umas das atividades a ser desenvolvida pelo

CEREST, sendo possível a partir desta ação, avaliar as condições de saúde dos trabalhadores fazendo um diagnóstico dos ambientes de trabalho.

Quando da criação da RENAST e implementação dos CERESTs; a Vigilância em Saúde do Trabalhador passou a contar com diversas atribuições desenvolvidas por esses centros, dentre essas as fiscalizações dos ambientes de trabalho. (NEIVERTH et al.,2016).

Segundo os entrevistados, o CEREST também desenvolve ações de promoção, prevenção, assistência e vigilância em saúde do trabalhador da rede de saúde.

E1 - “[...]promovendo a saúde dos trabalhadores[...]”;

E6 - “Promoção, prevenção, vigilância e assistência em saúde e segurança do trabalhador”.

Segundo Neiverth et al. (2016); e Brasil (2012); ao CEREST cabe ainda, ações direcionadas a promoção, vigilância e assistência a saúde do trabalhador, bem como o papel de desempenhar ações de educação permanente.

## REALIZAÇÃO DAS AÇÕES DESENVOLVIDAS PELO CEREST

As ações desenvolvidas pelo CEREST são realizadas através de denúncias do Ministério Público do Trabalho (MPT) e de capacitações e treinamentos da rede de saúde.

**Quadro nº3** - Realização das ações desenvolvidas pelo CEREST

| <b>Realizações das ações desenvolvidas pelo CEREST</b>   | <b>Entrevistado (E1 a E4)</b> |
|--|-------------------------------|
| Fiscalizações e vigilância em saúde do trabalhador através de denúncias do MPT, anônimas, por telefone, sindicatos, mídia, redes sócias etc. | 03 (E2, E3, e E4)             |
| Promoção e prevenção em saúde do trabalhador através de capacitações e treinamentos  | 02 (E1 e E4).                 |

As fiscalizações realizadas pela equipe multiprofissional do CEREST acontecem a partir do recebimento de denúncias provenientes principalmente do Ministério Público do Trabalho, dos sindicatos e redes sociais, denúncias via telefone, anônimas e demanda espontânea.

E1- “Após denúncias, os fiscais realizam atividades de fiscalização às empresas, na medida do possível”

E 2 e 3- “As fiscalizações são realizadas através de denúncias do MPT (Ministério Público do Trabalho), quando há uma solicitação deste para certificar alguma situação em saúde do trabalhador; também por meio da mídia, redes sócias, sindicatos e demanda espontânea. A gente vai lá para verificar a veracidade da denúncia, embasado nas NR (Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho).”

E4 -“Através de denúncias via telefone, anônimas, através do ministério público do trabalho, podem vir de várias fontes; após essas denúncias acontecem as fiscalizações onde a gente vai na empresa e fiscaliza o ambiente de trabalho checar a questão da segurança do ambiente de trabalho, em relação as máquinas, aos EPI”

Bevian e Ferrazzo (2014), afirmam que de fato o CEREST recebe um grande volume de denúncias de vários setores e atores sociais, como sindicatos de trabalhadores de várias classes, ouvidorias públicas e por denúncias telefônicas; sendo que a maior parte

dessas denúncias advém do Ministério Público do Trabalho.

O CEREST atua também na organização de capacitação para os municípios da área de abrangência segundo os profissionais E1 e E4:

E1 - “[...]. São realizadas capacitações de acordo com a demanda. São estruturados cursos, seminários e ações. Essas ações acontecem em todos os 47 municípios de abrangência”.

E4 - “[...]. Com relação a promoção e prevenção a gente faz capacitações e treinamentos nos municípios da nossa área de abrangência.”

Com relação as capacitações vários estudos apontam que o CEREST desenvolve a capacitação de profissionais das redes de saúde, bem como a estruturação destes serviços. (Rosa et al., 2016).

### CATEGORIA 3 – DIFICULDADES ENCONTRADAS PELA EQUIPE

#### MULTIPROFISSIONAL CEREST

Na categoria 3 foram apontadas as seguintes dificuldades: falta de recurso humanos, diversidade da área de atuação das empresas e localização das empresas quanto a área de abrangência.

**Quadro nº 4 - Dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional do CEREST**

| <b>Dificuldades encontradas</b>             | <b>Entrevistado (E1 a E4)</b> |
|---|-------------------------------|
| Falta de recursos humanos                   | <b>02</b> (E1 e E4)           |
| Diversidade da área de atuação das empresas | <b>02</b> (E3, E2)            |
| Localização das empresas                    | <b>01</b> (E2)                |

Os profissionais relatam que a falta de recursos humanos atualmente se dá pelo processo de reestruturação e transição do serviço, relacionada a troca de gestão pública.

E1 “No momento devido as demissões e reestruturação da equipe, há falta de funcionários”.

E4 “A equipe está muito reduzida, a principal dificuldade agora é pessoas para trabalhar”.

Santos, Boavista e Vilarinho (2015), referem que a redução do numero de recursos humanos por uma conjuntura atual em uma equipe de saúde tem como conseqüência um atendimento de má qualidade.

Para Brasil 2005, a equipe mínima do CEREST regional deve ser composta por 10 profissionais; 4 profissionais de nível médio, com pelo menos 2 auxiliares de enfermagem. 6 profissionais de nível universitário, sendo ao menos 2 médicos (20 horas semanais) e 1 enfermeiro (40 horas semanais).

Observou-se que atualmente, o CEREST está dividido em dois núcleos de ações: 1 voltado as capacitações e outro voltado as fiscalizações. No momento o serviço conta com 2 profissionais atuando nas fiscalizações dos ambientes de trabalho, 1 nas capacitações e 1 na coordenação geral.

O acúmulo de tarefas a serem executadas pelos profissionais; foi evidenciado perante um cronograma de fiscalizações a serem realizadas em um curto período de tempo.



Da mesma forma, as diversidades da área de atuação das empresas, também apontada como uma das dificuldades da equipe, está relacionada a formação técnica dos fiscais.

E2 “- [...] A gente fiscaliza tudo que é empresa, não interessa o que ela faz; se é pesca, confecção, plástico, sapato [...]”.

E3 “- Cada caso é um caso, a gente está sempre encontrando coisas diferentes, porque cada empresa é um ramo diferente; não se sabe o que a gente vai encontrar, não se sabe que tipo de adequação a gente vai pedir para aquela empresa, para que não aconteça possíveis acidentes de trabalho, para que elas possam dar melhores condições para os funcionários. Então nosso trabalho é bem diversificado [...]”.

Em qualquer das opções é preciso ampliar o quadro de AFT dedicados a SST, oferecendo-lhes qualificação em áreas afins, como Higiene e Segurança do Trabalho e Saúde do Trabalhador, assim como assegurar que as ações de SST tenham a amplitude técnica necessária para coibir e controlar a exposição dos trabalhadores a situações de risco e, em especial, evitar as mortes e lesões incapacitantes, em sua grande maioria evitáveis (VASCONCELOS, 2014, p. 98).

E se tratando de formação técnica dos agentes fiscalizadores, o processo deverá ser feito de forma distinta conforme os níveis de formação de cada profissional, respeitando não somente suas capacidades técnicas, mas também as tecnológicas relacionadas a cada área de atuação do CEREST (VASCONCELLOS; GOMEZ; MACHADO, 2014).

E2 “- Uma das maiores dificuldades é a localização das empresas”

A localização e área da abrangência das empresas, apontadas como sendo uma das dificuldades da equipe; se deve ao número de cidades que o CEREST abrange, que vai de Passo de Torres e Paulo Lopes; totalizando 47 municípios abrangidos. Também existe a dificuldade de chegar a determinadas empresas para fiscalizar, pois o acesso é ruim devido à falta infraestrutura como ruas sem calçamentos e empresas sem placas de identificação.

#### CATEGORIA 4 – ATENDIMENTOS ASSISTENCIAIS PELO CEREST.

**Quadro nº5 - atendimentos assistenciais pelo CEREST**

| <b>Atendimentos assistenciais pelo CEREST</b> | <b>Entrevistado (E1 a E4)</b> |
|---|-------------------------------|
| Não   | 03 (E1, E2 e E3)              |
| Sim   | 01 (E4)                       |

Três das entrevistadas responderam que não há atendimento assistencial no CEREST. Essas expressões ficam claras nas falas a seguir:

E1- “O CEREST não faz atendimentos assistenciais. O atendimento é feito pelo ambulatório de saúde do trabalhador”.

E2 e 3 - “Não é o CEREST que presta serviços de assistência, é o ambulatório de saúde do trabalhador que fica aqui no mesmo prédio, mas não é do CEREST”.

Uma das entrevistadas, portanto, respondeu que sim, que o CERET presta serviços assistências em saúde do trabalhador; sendo que a assistência está relacionada ao receber

essa pessoa e encaminhá-la ao ambulatório de saúde do trabalhador que fica ao lado, ocupando o mesmo espaço físico onde está situado o CEREST.

E 4 - "Sim. O trabalhador que tiver qualquer problema de saúde relacionado ao trabalho ele é encaminhado para cá, para o ambulatório de saúde do trabalhador; pode vir através da atenção básica, através de sindicatos; ele vai ser atendido pelo médico do trabalho que vai fazer umnexo causal. Esse é o objetivo da assistência, estabelecer o nexo, ele não vai ser tratado aqui".

O Cerest segundo IMBRIZI; KEPPLER e VILHANUEVA (2013), é um serviço que oferece ações de promoção, vigilância e assistência à saúde do trabalhador.

Assistência: atendimento individualizado aos trabalhadores que demandam os serviços do CEREST, através da equipe multiprofissional de acordo com a necessidade do caso, cuja atuação se dará no sentido de estabelecer o nexo causal entre os processos/ambientes de trabalho e a saúde do trabalhador (CEREST, 2017).

Realização de atendimento aos trabalhadores acometidos por doenças e acidentes de trabalho, buscando diagnósticos de tratamentos específicos e o estabelecimento do nexo causal. (CEREST, 2017).

Vários estudos nos mostram que os atendimentos assistenciais a saúde do trabalhador é ofertada pelos diversos serviços que compõem a rede sentinela. Segundo as falas e mediante observações, notou-se que o serviço de assistência não é feito pelo CEREST e sim pelo ambulatório de saúde do trabalhador que faz parte da RENAST.

#### CATEGORIA 5 – PROCURA POR ATENDIMENTOS ASSISTENCIAIS NO CEREST.

**Quadro nº6** - Procura por atendimentos assistenciais no CEREST

| Procura por atendimentos assistenciais no CEREST | Entrevistado (E1 a E4) |
|--|------------------------|
| Sim  | 04 (E1, E2, E3 e E4)   |
| Não  | 0                      |

Todas as entrevistadas relataram que há procura por atendimentos assistenciais no CEREST. Essa procura ocorre pelo fato de o CEREST e ambulatório funcionarem na mesma estrutura física.

E1" – Sim, são encaminhados para o ambulatório de outros serviços da rede".  
E2 e 3 " É agendado tudo ali; no ambulatório".  
E4 "- Existe sim, e a gente orienta a forma que tem que ser feito o encaminhamento, porque as vezes vem pessoas que não tem nada a ver com saúde do trabalhador que acha que a gente faz consulta, e não é isso".

Durante a pesquisa, pode-se observar que existe de fato essa procura por parte dos trabalhadores de várias empresas e locais de trabalho, que desconhecem o fluxo de atendimento do serviço. Esses usuários são orientados quanto ao atendimento ao chegarem no local.

---

## CATEGORIA 6 – ATENDIMENTO ASSISTENCIAL COMO AÇÃO DO CEREST.

### Quadro nº7 - Atendimento assistencial como ação do CEREST

| Atendimento Assistencial como ação do CEREST       | Entrevistado (E1 a E4) |
|--|------------------------|
| Não é o papel do CEREST                            | 02 (E2 e E3)           |
| É um trabalho complementar                         | 01 (E4)                |
| Inviável pela forma que o serviço está estruturado | 01 (E1)                |

Nesta categoria duas das entrevistadas colocam claramente que o atendimento assistencial não é papel do CEREST. Uma relata o atendimento assistencial como um trabalho complementar ao do CEREST. Outra diz que é inviável pela forma que o serviço está estruturado.

Não a clareza das ações do CEREST para a população de forma geral e para os serviços de atenção primária em saúde.

E1 “- Pelo pouco tempo que atuo neste serviço, acho inviável, pelo menos da forma como o serviço esta estruturado”.

E 2 e 3 “- Não é papel do CEREST fazer assistência, o que as vezes acontece é de as pessoas chegarem para nós enquanto fiscal e perguntar, aí a gente orienta. Eles perguntam: sofri um acidente de trabalho e a empresa não me deu condições nenhuma, não me orientou, não emitiu uma CAT, o que eu faço? Como procedo? Assim a gente só orienta o ambulatório”;

E4 “- Esse atendimento assistencial é um trabalho complementar e ele faz programa da RENAST, está incluso na vigilância em saúde do trabalhador. A rede precisa estar mais articulada com as outras vigilâncias em saúde, precisa estar mais integrado”.

Pode-se observar que há uma divergência de conhecimento sobre as atribuições do CEREST; não só para os serviços adjacentes, mas também dentro da própria instituição.

## CONCLUSÃO

Com esta pesquisa, constatou-se que existem dificuldades de vigilância em saúde do trabalhador enfrentadas pela equipe que atua no CEREST.

No momento a equipe encontra-se reduzida, sendo este um dos principais problemas apontados no estudo. Observou-se que essa redução de recursos humanos se deu pela atual conjuntura política de troca de gestão dos serviços de saúde, inclusive do CEREST. Em decorrência desta realidade, os profissionais têm desenvolvido suas ações voltadas mais para o processo de fiscalização do ambiente e das condições de trabalho; que chegam através do MTE, e que tem data para serem realizadas. Assim a atual administração vem tentando estruturar o serviço com os recursos mais viáveis na espera que os gestores lhe proporcione os recursos humanos necessários para o serviço.

Em contra partida e sem entender toda essa mudança estão o trabalhadores que são o foco do serviço mas ficam de certa forma desassistidos pelo serviço que tem tentado manter-se mesmo com a demanda crescente dia após dia em relação ao número de funcionários que compõem a equipe.

As demais dificuldades vem alencadas a falta de recursos humanos pois se torna ainda mais difícil fazer as fiscalizações se tratando de um abrangência ampla e o contato com todos os municípios para dar suporte ao serviço também fia defasado.

Entende-se que esta pesquisa tem uma importância acadêmica e de certa forma sócio- política pois pode ser usada como instrumento concreto para consolidação formal e adesão junto ao gestores para conseguir novos recursos melhorando assim não só o CEREST mais toda saúde do trabalhador.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

\_\_\_\_\_, **Lei nº 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_, **Portaria MS nº 1.679/GM**, de 19 de setembro de 2002. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_, **Portaria MS nº 2.728/GM**, de 11 de novembro de 2009. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_, **Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador**: Manual de Gestão e Gerenciamento. São Paulo: Hemeroteca Sindical Brasileira, 2006.

PORTARIA Nº 2.437, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2005

CARDOSO, Mariana de Castro Brandão; ARAUJO, Tânia Maria de. Os Centros de Referências em Saúde do Trabalhador e as ações em saúde mental: um inquérito no Brasil. **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, v. 41, e7, 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572016000100203&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572016000100203&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2016. Epub Aug 29, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000118115>.

CEREST. Secretaria do Estado de Saúde do Piauí. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.pi.gov.br/divisa/cerest>> Acesso em: 12 jun. 2017.

CEREST. Secretaria Municipal de Saúde de Ijuí - RS. Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador, 2017. Disponível em: <<http://www.cerestijui.com/publicacao-1351-acoes.fire>> Acesso em: 12 jun. 2017

DALDON, Maria Teresa Bruni; LANCMAN, Selma. Vigilância em Saúde do Trabalhador: rumos e incertezas. **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, v. 38, n. 127, p. 92-106, June 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572013000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100012&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100012>.

DIAS, Elizabeth Costa; SILVA, Thais Lacerda e. Contribuições da Atenção Primária em Saúde para a implementação da Política Nacional de Saúde e Segurança no Trabalho (PNSST). **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, v. 38, n. 127, p. 31-43, June 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572013000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000100007&lng=en&nrm=iso)>. access

---

on 02 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100007>.

DURAN, Erika Christiane Marocco; ROBAZZI, Maria Lucia do Carmo Cruz; MARZIALE, Maria Helena Palucci. Conhecimento de enfermagem em saúde do trabalhador oriundo de dissertações e teses. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, Rs, v. 3, n. 28, p.416-423, 2007.

FERNANDES, Almesinda Martins de O.; GUIMARÃES, Zileny da Silva. **Saúde-Doença do Trabalhador: Um guia para os profissionais**. Gioânia: Ab, 2007. 296 p. (Coleção Saúde e segurança do Trabalhador).

GALDINO, Adriana; SANTANA, Vilma Sousa; FERRITE, Silvia. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 145-159, Jan. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100015&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100015>.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tofo (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Ufrgs, 2009. 120 p. (Educação a Distância).

IBAÑES, Rachel Ramos. *Gestão de pessoas por competências: os desafios enfrentados no serviço público*. Conteudo Juridico, Brasilia-DF: 11 mar. 2016. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.55411&hl=no>>. Acesso em: 27 maio 2017.

IMBRIZI, Jaqueline Maria; KEPPLER, Isabel Lopes do Santos; VILHANUEVA, Marcelo Soares. Grupo dos Novos: relato de uma experiência de estágio com grupos de acolhimento de trabalhadores em um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (Cerest). **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, v. 38, n. 128, p. 302-314, Dec. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572013000200017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000200017&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000200017>.

JACQUES, Camila Corrêa; MILANEZ, Bruno; MATTOS, Rita de Cássia Oliveira da Costa. Indicadores para Centros de Referência em Saúde do Trabalhador: proposição de um sistema de acompanhamento de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 369-378, Feb. 2012 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200011&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000200011>.

KANAANE, Roberto. **Comportamento Humano nas Organizações: O Homem Rumo ao Século XXI**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LACAZ, F. A. C. **Saúde do Trabalhador: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical**. Tese em saúde coletiva. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp, 1996.

LACAZ, Francisco Antonio de Castro; FLORIO, Solange Maria Ribeiro. Controle social, mundo do trabalho e as Conferências Nacionais de Saúde da virada do século XX. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2123-2134, Dec. 2009 . Available from

---

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000600019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000600019&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000600019>.

LEAO, Luís Henrique da Costa; CASTRO, Alexandre de Carvalho. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 769-778, Mar. 2013 . Available from <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000800023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800023&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800023>.

MACHADO, Jorge Mesquita Huet et al. Situação da Rede Nacional de Atenção Integral em Saúde do Trabalhador (Renast) no Brasil, 2008-2009. **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, v. 38, n. 128, p. 243-256, Dec. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572013000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000200012&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000200012>

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 393 p.

RIBEIRO, Fátima Sueli Neto. Vigilância em Saúde do Trabalhador: a tentação de engendrar respostas às perguntas caladas. **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, v. 38, n. 128, p. 268-279, Dec. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572013000200014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000200014&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000200014>.

SANTOS, Ana Paula Lopes dos; LACAZ, Francisco Antonio de Castro. Apoio matricial em saúde do trabalhador: tecendo redes na atenção básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1143-1150, May 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000500008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500008&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000500008>.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, p.221-224, 2007.

SOUZA, Thiago Santos de; VIRGENS, Liliam Silva das. Saúde do trabalhador na Atenção Básica: interfaces e desafios. **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, v. 38, n. 128, p. 292-301, Dec. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572013000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000200016&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000200016>.

TORRES, Amélia Romana Almeida et al. O ADOECIMENTO NO TRABALHO: Repercussões na vida do trabalhador e de sua família. **Sanare**, Sobral, v. 10, n. 1, p.42-48, 2011.

VASCONCELOS, Fernando Donato. Atuação do Ministério do Trabalho na fiscalização das condições de segurança e saúde dos trabalhadores, Brasil, 1996-2012. **Rev. bras.**

saúde ocup., São Paulo , v. 39, n. 129, p. 86-100, June 2014 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572014000100086&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572014000100086&lng=en&nrm=iso)>. access on 30 May 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0303-7657000072012>.

VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de; ALMEIDA, Carmen Verônica Barbosa de; GUEDES, Dimitri Taurino. Vigilância em saúde do trabalhador: passos para uma pedagogia. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 445-462, Nov. 2009 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462009000300004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462009000300004&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462009000300004>.

\_\_\_\_\_ ; GOMEZ, Carlos Minayo; MACHADO, Jorge Mesquita Huet. The gap between what has been defined and what is still pending in occupational health surveillance. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4617-4626, Dec. 2014 . Available from <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014001204617&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204617&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.13602014>.

QUILIAO, Paula Lamb; FASSA, Anaclaudia Gastal; RESTREPO, María Clara. Processo de implantação de um Centro Regional de Referência em Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul. **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, v. 38, n. 128, p. 257-267, Dec. 2013 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572013000200013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572013000200013&lng=en&nrm=iso)>. access on 02 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000200013>.

# SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE APÓS IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

## USER SATISFACTION OF THE HEALTH CARE NETWORKS AFTER IMPLANTATION OF THE MORE DOCTORS PROGRAM

Janaína Alves Guilherme<sup>1</sup>  
Sônia Cristina Dias Soares Vermelho<sup>2</sup>  
Ely Mitie Massuda<sup>3</sup>  
Mirian Ueda Yamaguchi<sup>4</sup>

Recebido em: 18 jul. 2017  
Aceito em: 16 jun. 2018

**RESUMO:** Este artigo apresenta resultado de pesquisa empírica quanti-qualitativa que consistiu em avaliar a satisfação dos usuários das Redes de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único da Saúde (SUS) e do Programa Mais Médicos (PMM) numa microrregião do Noroeste do Paraná. Utilizou-se questionário fechado para os usuários e entrevista semiestruturada para gestores de 24 municípios, dos 30 que compõem a microrregião. Os dados quantitativos foram tratados com software Sphinx Léxica e Statgraph e os qualitativos com o software Atlas.ti. Utilizou-se estatística descritiva e inferencial. Os usuários das RAS avaliaram positivamente a qualidade do atendimento dos médicos mas negativamente no que se refere ao tempo de espera e liberdade de escolha dos profissionais. Quanto a infraestrutura, a avaliação foi menos favorável. Para o PMM, a avaliação dos médicos foi positiva por parte dos gestores, contudo, a distribuição destes nos municípios não foi igualitário, permanecendo uma concentração naqueles de maior porte, reproduzindo o comportamento geral observado em relação à distribuição entre capital e interior do Estado. **Palavras-chave:** Comportamento do Consumidor. Satisfação do Paciente. Descentralização. Assistência Integral à Saúde. Promoção da Saúde.

**ABSTRACT:** This article presents the results of empirical quantitative and qualitative research which evaluate the satisfaction of users of the Health Care Networks (HCN) of the Unified Health System and the Program More Doctors (PMD) in micro-region Parana Northwest of Parana. It used closed questionnaire for users and semistructured interviews for managers of 24 municipalities of the 30 cities that compose the micro-region. Quantitative data were analyzed with software Sphinx Lexica and StatGraph and qualitative with Atlas.ti software. We used descriptive and inferential statistics. Users of HCN positively assessed the quality of care of physicians but negatively in relation to the waiting time and choice of professionals. About

<sup>1</sup> Enfermeira, mestre no Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde no Centro Universitário de Maringá – UniCesumar, Maringá – Paraná.

<sup>2</sup> Doutora em Educação, professora adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro, no NUTES/Programa de Pós-graduação em Educação em Ciências e Saúde, Rio de Janeiro.

<sup>3</sup> Doutora em História Econômica, professora do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde no Centro Universitário de Maringá – UniCesumar e pesquisadora no Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação - ICETI, Maringá – Paraná.

<sup>4</sup> Doutora em Ciências Farmacêuticas, professora do Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde no Centro Universitário de Maringá – UniCesumar, e pesquisadora no Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação - ICETI, Maringá – Paraná.



---

infrastructure, the assessment was less favorable. For the PMD, the assessment of physicians was positive by managers, however, the distribution of the municipalities was not equal; there is a larger concentration in those, reproducing the general behavior observed in relation to the distribution between capital and the state.

**Keywords:** Consumer Behavior. Patient Satisfaction. Decentralization. Comprehensive Health Care. Health Promotion.

## INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são uma proposta de organização do sistema de saúde com arranjo poliárquico de conjuntos de serviços de saúde, com missão e objetivo unificados. Caracterizam-se pela ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar atenção contínua e integral à determinada população (MENDES, 2010).

Dentre os aspectos considerados importantes para a melhoria do atendimento de saúde à população destaca-se o fato das RAS relacionarem-se horizontalmente. Estas estabelecem atenção nos níveis primário, secundário e terciário numa estrutura piramidal, possibilitando atenção integral por meio de intervenções promocionais, preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas. Segundo esta proposta organizacional, esta estrutura funciona sob coordenação e centralidade na Atenção Primária à Saúde (APS) prestada à população (MENDES, 2010).

Estudos indicam que a APS tem impacto positivo sobre vários indicadores de saúde, produz redução de gastos e melhora o acesso aos serviços de saúde. Além disso, possibilita melhoria na qualidade da atenção à saúde e nas ações preventivas, pois facilita a detecção precoce de problemas, reduzindo internações hospitalares; garante cuidados mais apropriados e reduz o uso de cuidados desnecessários de atenção especializada (starfield; SHI; MACHINKO, 2005).

No Brasil, em 1994, para alcançar maior abrangência da APS foi necessário a reorientação do SUS com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF). O PSF apresentou a proposta de mudança do modelo centrado no cuidado, para o modelo de promoção à saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2012).

Outros estudos demonstram que após a implantação do PSF houve melhora no acesso do paciente ao serviço ocasionando efeitos positivos na situação de saúde e consequentemente evidenciou-se impacto positivo sobre a saúde da população (CONILL, 2002; MOURA; HOLANDA; RODRIGUES, 2003). Entre 1990 e 2003, houve aumento de 10% na cobertura do PSF no território brasileiro, associado à redução de 4,5% da taxa de mortalidade, principalmente devido à prevenção de mortes por diarreia (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006). Esses dados são significativos se postas em análise as dimensões geográficas do país, a configuração das cidades do interior e a diversidade de contextos em termos de gestão e de recursos disponíveis nas instâncias municipal e estadual.

Em função dessa complexidade, no Brasil tem-se desenvolvido uma série de ações

---

visando à reestruturação do SUS, de forma a priorizar a APS, já que a mesma é estabelecida como porta de entrada no SUS (OLIVEIRA et al.). Contudo, os níveis de cobertura da APS/ESF atingem atualmente 53% da população brasileira, sendo ainda insuficiente para assegurar o direito universal à saúde conforme prevê a Constituição Federal (BRASIL, 2015).

Para maior efetivação dos níveis de cobertura de APS no Brasil, o governo implantou no ano de 2013, por meio da Medida Provisória nº 621, o Programa Mais Médicos. Esse programa, sob a coordenação do Ministério da Saúde, tem o intuito de ampliar a inserção do médico nas unidades de atendimento do SUS, de forma a proporcionar às pessoas que vivem em comunidades remotas e vulneráveis o maior acesso aos serviços de saúde (LAVRAS, 2011).

Neste cenário, o PMM foi estruturado em três eixos de ação. O primeiro é o investimento da infraestrutura da rede de saúde, particularmente nas unidades básicas de saúde. O segundo é a ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em Medicina e residência médica no país. O terceiro, intitulado Programa Mais Médico no Brasil, é o de provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis (BRASIL, 2015). Em 2015, por meio do PMM foram recrutados e alocados 18.240 médicos em 4.058 municípios com cobertura de 73% dos municípios brasileiros. Conforme critérios de alocação, para a microrregião pesquisada no Noroeste do Paraná foram contratados 51 médicos, distribuídos em 19 dos 30 municípios que compõem a região da Associação dos Municípios do Setentrião Paranaense (AMUSEP) (BRASIL, 2015).

Independente do PMM, o Estado do Paraná apresenta uma distribuição de médicos em relação à população de 1/698, sendo 1/283 na capital e 1/990 no interior, na região Sul a relação é de 1/455 médicos. A proporção de médicos ativos é de 41,3% na capital e 58,7% no interior, sendo que a população no Estado está distribuída em 16,8% na capital e 83,2% no interior. Segundo dados do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (DEGES/MS) existe, na região Sul, um problema de distribuição de médicos dentro do Estado, com alta concentração na capital; portanto não se evidencia falta desses profissionais no Estado, mas uma distribuição não proporcional em relação à distribuição da população (BRASIL, 2015).

Sob a lógica do aumento da qualidade dos serviços, da otimização dos recursos e, portanto, da melhoria do SUS, sistemas de avaliação e acompanhamento dos serviços de saúde foram implantados com a finalidade de avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos usuários. Ainda que haja controvérsias, estudos de satisfação dos usuários podem contribuir para a institucionalização de avaliação e reorganização dos serviços, mas devem ser vistos também como ferramenta para a participação popular, pois a atuação do usuário final e a participação da comunidade sempre estiveram na essência do SUS (OLIVEIRA et al., 2015). Com isso, considera-se que a avaliação dos serviços de saúde tem como propósito a melhoria da estruturação, assumindo desta forma o compromisso de adequação das necessidades da população, resolutividade e garantia da assistência integral ao usuário.

Neste contexto, o objetivo do presente artigo foi avaliar a satisfação dos usuários sobre os serviços recebidos nas RAS e a percepção dos gestores em relação a atuação dos médicos após implantação do Programa Mais Médicos na região da AMUSEP-PR.

## MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal, descritivo e de abordagem quali-quantitativa, realizada com usuários e gestores da região Noroeste do Paraná. Utilizou-se um questionário estruturado com a finalidade de avaliar a satisfação dos usuários das RAS e um instrumento qualitativo constituído de uma entrevista aos gestores dos municípios da região da AMUSEP.

A amostra foi composta por usuários da 15ª Regional de Saúde de Maringá dos 30 municípios que compõem a AMUSEP. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e setembro de 2014.

Os dados foram coletados durante o atendimento aos usuários nos serviços de saúde e foi realizado pelos próprios funcionários das unidades, de acordo com as orientações da equipe de pesquisadores. Os instrumentos foram entregues aos usuários que o preencheram sem sua identificação. Para composição da amostra da população, os municípios foram divididos em quatro grupos a partir de sua base populacional: os municípios auto-representativos e os do Grupo 1, 2 e 3 (Tabela 1). A seleção dos municípios deu-se com base no perfil populacional e na distribuição geográfica na microrregião evitando concentração e a seleção dos usuários seguiu critérios de idade e sexo.

Para interpretação dos dados quantitativos foi utilizado o Pacote Estatístico *Sphinx Léxica*, 5.1.0.8 para a análise dos perfis, e o *software Statgraphics* para análise de significância e de *clusters*. Foi utilizado o teste do Qui-quadrado para análise de dependência entre as variáveis ( $p \geq 0,01$ ).

Foram realizadas entrevistas com secretários municipais de saúde de 24 municípios da microrregião, as quais seguiram um roteiro semi-estruturado com questões relacionadas ao processo de implantação das RAS e PMM. As entrevistas foram transcritas e realizada Análise de Conteúdo Temáticas utilizando-se o *software Atlas.ti*, versão 5.0.

Neste trabalho foram respeitados os aspectos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos estabelecidos pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer número 66.312. Os participantes foram devidamente informados sobre a pesquisa e aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

---

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para apresentação dos resultados, os dados foram primeiramente organizados pelo perfil da população respondente, seguido do tipo de serviço utilizado e, na sequência, a avaliação sobre esses serviços. Ao final, apresenta-se o resultado qualitativo acerca da percepção dos gestores em relação ao PMM.

Dos 281 usuários entrevistados nos serviços de saúde da região da AMUSEP, destaca-se que 60,9% eram do sexo feminino e 23,4% idosos. A maioria, 56,9%, eram casados ou viviam em união estável e 52,2% informaram escolaridade equivalente ao ensino médio ou mais. Com base na análise da renda, detectou-se que 73,0% dos entrevistados recebiam de um a dois salários mínimos e 14,6% estavam aposentados, 13,9% donas de casa e 11,4% trabalhavam em serviços gerais (dados não mostrados).

Os usuários das RAS informaram que nos últimos 12 meses os principais serviços médicos utilizados foram consultas (27,7%), dispensação de medicamentos (20,8%), exames complementares (20,4%) e vacinas (19,3%). Os exames médicos periódicos (33,9%) foram relatados como principal motivo de busca por serviços de saúde e as UBS (47,7%) foram os locais mais procurados para atendimento médico. As UBS foram indicadas por 44,5% dos usuários como locais que prestaram bom atendimento, com destaque também para a ESF que foi citada em segundo lugar (19,3%) por também apresentarem bom atendimento aos usuários. 91,8% dos usuários relataram buscar o mesmo local para atendimentos de saúde (Tabela 1).

A importância das ações de prevenção e promoção da saúde implementadas na última década pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), chama a atenção para o dado encontrado na presente pesquisa, em que, dentre os tipos de atendimentos que os usuários buscaram nos últimos 12 meses, a vacinação representou 19,3% dos atendimentos. Considerando que as consultas, dispensação de medicamentos e exames complementares figuraram em percentagens entre 27,7% e 20,4% (Tabela 1), a vacinação representou, em comparação com os demais atendimentos, uma parcela representativa de ação relacionada à prevenção de doenças.

**Tabela 1.** Proporção de utilização dos serviços das Redes de Atenção à Saúde nos últimos 12 meses e avaliação dos usuários da 15ª Regional de Saúde, Paraná, 2014.

| Variáveis  | N   | %    |
|--|-----|------|
| Tipo de atendimento utilizado nos últimos 12 meses |     |      |
| Consultas  | 214 | 27,7 |
| Dispensação medicamentos                           | 161 | 20,8 |
| Exames   | 158 | 20,4 |
| Vacinação  | 149 | 19,3 |
| Atendimento de urgência                            | 57  | 7,4  |
| Internação   | 34  | 4,4  |
| Motivo da procura por atendimento                  |     |      |
| Exames médicos periódicos                          | 144 | 33,9 |
| Vacinação  | 91  | 21,4 |
| Febre, diarreia e outras complicações              | 66  | 15,5 |
| Tratamento ou reabilitação física                  | 55  | 12,9 |
| Acidente ou lesão                                  | 22  | 5,2  |
| Pré-natal  | 18  | 4,2  |
| Atendimento Psicológico                            | 12  | 2,8  |
| Problemas cardíacos                                | 8   | 1,9  |
| Parto  | 5   | 1,2  |
| Tratamento de câncer                               | 4   | 1,0  |
| Local onde procurou atendimento                    |     |      |
| UBS  | 248 | 47,7 |
| Hospital   | 86  | 16,5 |
| Pronto Atendimento ou UPAS                         | 58  | 11,2 |
| Visita domiciliar da ESF                           | 43  | 8,3  |
| Farmácia   | 39  | 7,5  |
| Consultório Particular                             | 38  | 7,3  |
| Consulta Domiciliar                                | 7   | 1,3  |
| CAPS   | 1   | 0,2  |
| Considerou ter um bom atendimento                  |     |      |
| UBS  | 228 | 44,5 |
| Visita domiciliar da ESF                           | 99  | 19,3 |
| Hospital   | 55  | 10,8 |
| Pronto Atendimento ou UPAS                         | 54  | 10,6 |
| Farmácia Popular                                   | 43  | 8,4  |
| Consulta domiciliar                                | 16  | 3,1  |
| CAPS   | 13  | 2,5  |
| Particular   | 04  | 0,8  |
| Costuma procurar mesmo local de atendimento        |     |      |
| Sim  | 258 | 91,8 |
| Não  | 23  | 8,2  |

Vale ressaltar que as imunizações destacam-se como ação preventiva de reconhecida eficácia e vantajosa relação custo benefício. Dentre os vários aspectos, a vacinação é instrumento valioso na promoção da saúde, especialmente para as populações pediátricas e geriátricas (ANS, 2011).

Considerando que as UBS foram criadas com a premissa de atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que houvesse necessidade de encaminhamento aos hospitais e serviços especializados, a presente pesquisa identificou que menos da

---

metade (47,7%) dos usuários da 15ª. Regional da Saúde procuram atendimento diretamente nas UBS (Tabela 1). Este resultado encontra-se abaixo do esperado e chama a atenção devido ao fato das UBS terem o objetivo de descentralizar o atendimento, dar proximidade aos serviços de saúde e reduzir a demanda de pacientes nos hospitais (ELIAS et al., 2006).

Os hospitais foram o segundo serviço de saúde onde os usuários mais procuram atendimento. Dos 30 municípios, somente dois municípios (Maringá e Sarandi) possuem atendimento prestado pelas Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h). Essas unidades são estruturas de complexidade intermediária, que atendem 24 horas e situam-se entre as UBS e as portas de urgência hospitalares, onde em conjunto essas unidades compõem uma rede organizada de Atenção às Urgências. A implantação de uma UPA demanda critérios de implantação para municípios: população igual ou superior a 50.000 habitantes; deve contar com a cobertura do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); possuir cobertura de 50% da população para a atenção primária; e o município deve aderir ao Pacto pela Saúde sob gestão do Conselho Nacional da Saúde (CNS) (BRASIL, 2013). Como nos demais municípios da região Noroeste do Paraná, além de Maringá e Sarandi, o número de habitantes é inferior a 50.000, os usuários não contam com este serviço de triagem, o que justifica a procura de atendimento de urgência diretamente nos hospitais das respectivas cidades.

Em relação a avaliação do atendimento dos serviços de saúde, a pesquisa identificou maior percentual de satisfação no atendimento prestado na atenção primária da saúde, nos sistemas que integram os serviços das UBS e ESF. Para as UBS os usuários inferiram 44,5% de satisfação pelos serviços (Tabela 1). Esta percentagem encontra-se muito próxima da obtida em pesquisa elaborada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), em 2010, com 2.773 pessoas visitadas em seus domicílios, distribuídos em cotas para as regiões do Brasil, que avaliou a percepção da população sobre serviços prestados nas UBS com 46,2% de conceitos bom e muito bom na região Sul do Brasil (IPEA, 2014). Por outro lado, mostra também que nesse tempo não houve aumento de avaliação positiva em relação as RAS. Talvez isso tenha relação com as mudanças que o modelo de atenção vem sofrendo nos últimos anos, o que faz com que a população não consiga dimensionar se houve melhora ou não.

A relação de vinculação dos usuários entrevistados demonstrou grande procura pelo mesmo serviço, com 91,8% de procura pelo mesmo local de atendimento (Tabela 1). Este resultado sugere a resolutividade dos problemas de saúde do paciente. A vinculação do paciente ao serviço de saúde é reforçada quando se observa que a grande maioria dos usuários utilizou a unidade regularmente. Além disso, corrobora com o alto percentual de usuários que afirmou ter seu problema de saúde resolvido no atendimento (COTTA et al., 2005; SANTIAGO et al., 2013).

A avaliação da assistência prestada pelos profissionais da saúde das RAS foi contemplada com conceitos Muito Bom e Bom por mais de 50% dos usuários entrevistados. Os critérios melhor avaliados, com diferença significativa positiva, foram o Respeito à

intimidade dos pacientes (27,0% Muito bom e 59,9% Bom), seguido da Clareza nas explicações dadas pelos médicos (23,5% Muito bom e 47,9% Bom) e o Sigilo das informações dos pacientes (23,1% Muito bom e 56,7% Bom). Os critérios com avaliação significativa negativa foram o Tempo de Espera (22,1% Ruim/Péssimo) e a Liberdade de escolha dos profissionais para o atendimento (24,7% Ruim/Péssimo) (Tabela 2).

Dentre os quesitos avaliados, a possibilidade de escolha do profissional pelo usuário foi o item de maior insatisfação dentre os entrevistados. Neste contexto, outra pesquisa identificou que uma das principais razões para se contratar um plano de saúde privado é possuir maior liberdade para escolher o médico (IPEA, 2014). Um atendimento fidelizado, baseado na escuta do usuário, e uma boa performance do profissional propiciam o vínculo do usuário ao serviço de saúde. Esse vínculo otimiza o processo da assistência, permitindo que os profissionais conheçam seus pacientes e as prioridades de cada um, traduzindo em maior confiança por parte do paciente (MOIMAZ et al., 2010). Infelizmente ocorre perda de qualidade da assistência em função da rotatividade dos médicos contratados por tempo determinado ou simplesmente pelo desligamento do profissional.

**Tabela 2.** Avaliação da satisfação dos usuários relacionada à assistência prestada pelos profissionais e aos serviços de saúde prestados pelas Redes de Atenção à Saúde da região Noroeste do Paraná, 2014.

| Variáveis   | Muito Bom<br>n (%) | Bom<br>n (%) | Regular<br>n (%) | Ruim<br>n (%) | Péssimo<br>n (%) | Não<br>Informou<br>n |
|---|--------------------|--------------|------------------|---------------|------------------|----------------------|
| <b>Avaliação da assistência</b>                     |                    |              |                  |               |                  |                      |
| Habilidades do profissional de saúde                | 56(20,1)           | 134(48,2)    | 78(28,1)         | 8(2,9)        | 2(0,7)           | 3                    |
| Resolutibilidade do problema de saúde               | 27(10,0)           | 123(45,4)    | 99(36,5)         | 15(5,5)       | 7(2,6)           | 10                   |
| Modo do profissional recebê-lo                      | 61(22,1)           | 139(50,4)    | 62(22,5)         | 7(2,5)        | 7(2,5)           | 5                    |
| Sua intimidade foi respeitada no exame físico       | 74(27,0)           | 164(59,9)    | 28(10,2)         | 6(2,2)        | 2(0,7)           | 7                    |
| Explicações sobre seu problema de saúde             | 66(23,5)           | 134(47,9)    | 62(22,1)         | 13(4,6)       | 5(1,8)           | 1                    |
| Tempo para fazer perguntas                          | 46(16,6)           | 128(46,2)    | 79(28,5)         | 18(6,5)       | 6(2,2)           | 4                    |
| Informações sobre outros tipos de tratamento        | 35(12,7)           | 119(43,3)    | 93(33,8)         | 24(8,7)       | 4(1,5)           | 6                    |
| Sua participação sobre seu tratamento               | 34(12,3)           | 131(47,3)    | 82(29,6)         | 22(7,9)       | 8(2,9)           | 4                    |
| Privacidade para falar com profissional de saúde    | 60(21,6)           | 144(51,8)    | 52(18,7)         | 19(6,8)       | 3(1,1)           | 3                    |
| Suas informações foram mantidas em sigilo           | 64(23,1)           | 157(56,7)    | 45(16,2)         | 6(2,2)        | 5(1,8)           | 4                    |
| Possibilidade de escolha o profissional de saúde    | 30(11,1)           | 88(32,5)     | 86(31,7)         | 41(15,1)      | 26(9,6)          | 10                   |
| <b>Avaliação do serviço saúde</b>                   |                    |              |                  |               |                  |                      |
| Disponibilidade de equipamentos                     | 16(6,1)            | 116(43,9)    | 108(40,9)        | 17(6,4)       | 7(2,7)           | 17                   |
| Disponibilidade de medicamentos                     | 22(8,1)            | 114(42,1)    | 105(38,8)        | 21(7,7)       | 9(3,3)           | 10                   |
| Tempo gasto com deslocamento até a unidade          | 49(18,8)           | 104(39,8)    | 83(31,8)         | 20(7,7)       | 5(1,9)           | 20                   |
| Tempo de espera para o atendido                     | 17(6,3)            | 94(34,7)     | 100(36,9)        | 42(15,5)      | 18(6,6)          | 10                   |
| Limpeza das instalações                             | 32(11,7)           | 152(55,5)    | 69(25,2)         | 11(4,0)       | 10(3,6)          | 7                    |
| Espaço disponível das salas de espera e atendimento | 32(11,5)           | 111(39,9)    | 90(32,4)         | 30(10,8)      | 15(5,4)          | 3                    |

Para a avaliação dos serviços de saúde, de modo geral, os usuários apresentaram maior insatisfação pela infraestrutura. Embora os quesitos relacionados ao tempo de deslocamento até a unidade de saúde, a limpeza das instalações e os espaços disponíveis nas unidades tenham sido reconhecidos como Muito Bom e Bom por mais da metade dos entrevistados, o quesito relacionado ao tempo de espera figurou com a maioria das avaliações em nível regular, seguido da disponibilidade de equipamentos e medicamentos



que também se destacaram pelo nível de insatisfação.

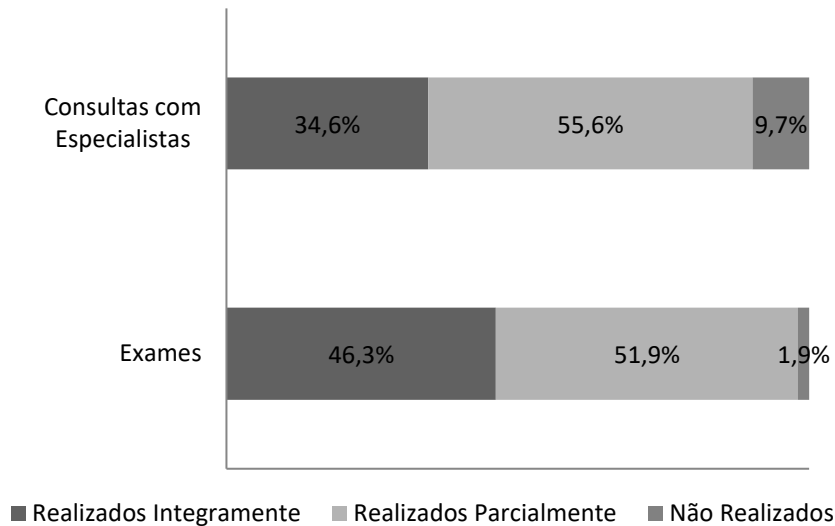
Para a avaliação dos serviços de saúde, de modo geral, os usuários apresentaram maior insatisfação pela infraestrutura. Embora os quesitos relacionados ao tempo de deslocamento até a unidade de saúde, a limpeza das instalações e os espaços disponíveis nas unidades tenham sido reconhecidos como Muito Bom e Bom por mais da metade dos entrevistados, o quesito relacionado ao tempo de espera figurou com a maioria das avaliações em nível regular, seguido da disponibilidade de equipamentos e medicamentos que também se destacaram pelo nível de insatisfação.

Segundo Andrade e Ferreira (2006), a insatisfação na demora em receber atendimento é item frequentemente citado nos serviços de saúde. Trata-se de uma questão persistente, visto que se observa a concordância entre os achados da presente pesquisa com estudos anteriores, realizados há mais de 15 anos, que também revelam insatisfação pela demora no atendimento e falta de medicamentos, entre os aspectos mais negativos do atendimento nas unidades de saúde (KLOETZEL et al., 1998).

Outro dado relevante refere-se à realização dos exames complementares e atendimentos especializados: onde 51,9% e 55,6% dos respondentes, respectivamente, relataram tê-los realizados apenas parcialmente (Figura 1)

O contexto da atenção ambulatorial especializada que compreende os exames complementares e as consultas com médicos especialistas é tema de grande complexidade. Se por um lado a pesquisa realizada pelo IPEA constatou que 61% dos usuários entrevistados consideraram que o atendimento dos médicos especialistas é Muito bom e Bom (IPEA, 2010), o presente estudo indicou dados preocupantes, em que 55,6% das consultas com especialistas são realizadas de forma parcial e 9,7% não são realizadas. Apenas 34,6% afirmaram ter as consultas com especialistas realizadas integralmente (Figura 1). Estes dados regionalizados diferem das informações do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/SGEP/MS que divulgou que 55,7% dos encaminhamentos aos especialistas ocorrem de forma integral contra 9,5% realizados parcialmente e 35% não realizados (IPEA, 2010).

Percentagens semelhantes foram verificadas em relação aos exames complementares. Dados obtidos na presente pesquisa evidenciou que 51,9% dos entrevistados tiveram seus exames realizados parcialmente e 1,9% não realizados (Figura 1). Estes dados não corroboram com informações do Departamento de Ouvidoria Geral do SUS/SGEP/MS que divulgou que 59,5% dos exames são realizados integralmente, 10,1% parcialmente e 30% não realizados (BRASIL, 2011).



**Figura 1.** Proporção de exames complementares e consultas com especialistas realizadas pelo SUS, na região Noroeste do Paraná, 2014.

A explicação para estas questões pode basear-se no fato dos centros de especialidades médicas pertencerem a um sistema fragmentado da atenção à saúde, em que, geralmente não existe comunicação fluida entre os diferentes pontos e níveis de atenção. Há necessidade de ação coordenada nas RAS e associada a um sistema logístico eficiente. A estratégia prevista para corrigir tais problemas encontra-se atualmente embasada na implantação de pontos de atenção secundárias das RAS, com previsão de operar com prontuários eletrônicos, que devem circular concomitantemente, em todos os níveis do sistema. Possibilita-se, desta forma, agilizar e agregar adequada comunicação entre generalistas e especialistas, reduzindo redundâncias e retrabalho no que concerne, por exemplo, a repetição de exames completos e/ou dos atendimentos especializados (MENDES, 2011).

Estes dados quando analisados estatisticamente em conjunto, apresentam um contexto de satisfação positivo em relação aos serviços de saúde, em que pese a existência de usuários com realização parcial dos exames ou sem acesso a consultas especializadas adequadas. Embora os números sejam considerados favoráveis, é importante ressaltar que quando a questão envolve a saúde das pessoas, mesmo os percentuais estatisticamente não significativos devem ser considerados, pois tratam-se de vidas humanas sujeitas à insuficiência de atendimento no sistema de saúde.

A avaliação geral dos usuários do SUS da microrregião do Noroeste do Paraná foi bastante positiva, em que, 46,4% dos entrevistados classificaram o sistema com o conceito Bom, 27,9% consideraram Muito Bom e 10,9% Excelente (Figura 2). Estudos realizados em outras regiões do Brasil divulgaram resultados semelhantes, situando entre 62% a 89% para os mesmos níveis de satisfação (IPEA, 2010; MOIMAZ et al., 2010; MEDEIROS et al., 2011).

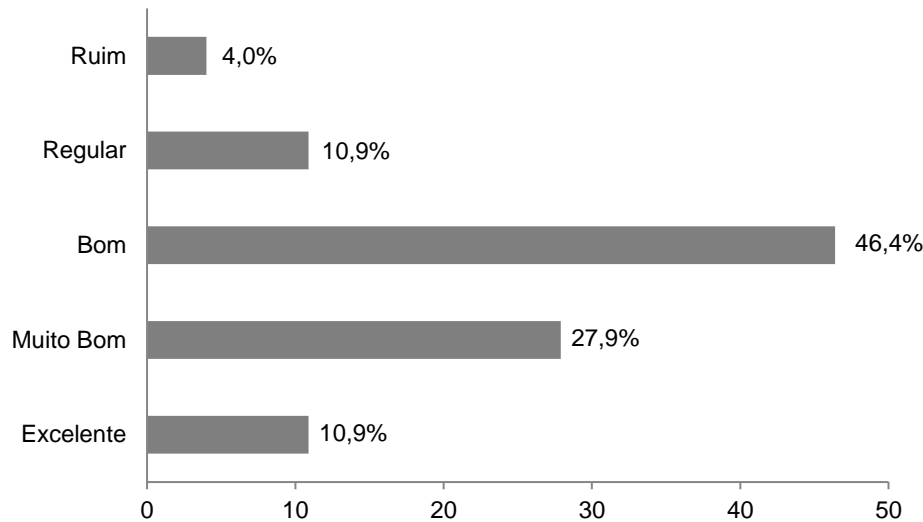


Figura 2. Avaliação do Sistema Único de Saúde segundo opinião dos usuários das RAS do Noroeste do Paraná.

Este e outros estudos mostram que apesar das queixas existentes sobre o SUS e da imagem negativa vinculada por alguns meios de comunicação, os usuários têm de modo geral se mostrado satisfeitos com os serviços (IPEA, 2010; MOIMAZ et al., 2010; MEDEIROS et al., 2011).

Diante das mudanças no cenário da saúde pública com a implantação do PMM, a segunda parte desta pesquisa buscou avaliar a percepção dos gestores de saúde sobre o PMM na região da AMUSEP.

Os 51 médicos atuantes na região da AMUSEP contratados pelo PMM representam um número pequeno frente à população atendida pelo sistema. A análise da distribuição apresentada na Tabela 1, não permitiu identificar pelos critérios de IDH e número de habitantes nos municípios uma justificativa para a distribuição dos profissionais. Teoricamente, o PMM deve abranger cidades de maior porte da microrregião tanto quanto as de pequeno porte. Entretanto, 11 municípios, dos 30 pertencentes à AMUSEP não tiveram contratações desses profissionais (IBGE, 2010).

A avaliação qualitativa sobre o PMM foi realizada sob a forma de entrevistas com os gestores de saúde dos municípios. A pesquisa restringiu-se aos gestores pela dificuldade em identificar na população os usuários atendidos por médicos contratados pelo PMM e/ou que identificassem a sua vinculação com esse programa. Dos municípios em que os gestores referiram-se ao PMM, a questão esteve vinculada à problemática da equipe de profissionais da rede pública. Em um dos maiores municípios, o secretário fez o seguinte depoimento na discussão sobre a rotatividade dos profissionais de saúde:

O outro quadro de rotatividade é o profissional médico, agora, eu acho que esse é um problema nacional e que [aqui] isso deu uma diminuída e é por isso que eu ainda coloco que o Programa Mais Médicos era absolutamente necessário e ele tem que perdurar até por esse ponto. [Aqui], um município que remunera 10 mil reais para o nosso médico da equipe de saúde da família para o cumprimento das 40 horas profissionais trabalhadas,

mas com direitos trabalhistas, com férias, com décimo terceiro, com gratificação, com GPD e sem nenhum outro tipo de custo, você pensa que é... e assim, em uma cidade planejada, de alto IDH, de ótimas condições de vida, você ainda tinha essa falta de profissional, que dirá nas áreas remotas do país ou dos municípios interioranos. Então eu acho que é um pouco disso também que entra uma parte reflexiva nossa, eu fiz 14 concursos públicos [aqui] para contratação de médicos desde que eu estou secretário, há 9 anos, e fiz o décimo quinto domingo retrasado. Então nós estamos com 15 concursos públicos, e se não fosse o Programa Mais Médico e o Provac, eu nunca teria preenchido, eu nunca tive preenchidas as minhas 66 equipes de saúde da família que eu tenho no município. (M1)

O salário de 10 mil reais é o mesmo que um residente de Saúde de Família e Comunidade recebe no Rio de Janeiro, por exemplo, em que os custos de manutenção de uma família são maiores do que na região estudada. Comparando somente o preço de locação, segundo dados da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE) cidades como Rio de Janeiro e São Paulo, o valor médio do metro quadrado locado é acima de R\$ 35,00, enquanto na região estudada fica abaixo de R\$ 11,00 (FIPE, 2016). Só este quesito, poderia ser um atrativo para a interiorização, com isso deve-se reconhecer que são outros fatores que fazem com que os médicos se concentrem nas capitais. No Estado do Paraná a concentração de médicos na capital é significativa, conforme discutido anteriormente. Esses dados reafirmam a fala do secretário de saúde de que o PMM vem conseguindo fazer pequenas correções nesta distribuição associada à boa avaliação dos serviços pela população. Também outro relato foi indicado com grande felicidade pelo gestor que

Agora, com esse Mais Médicos vai ajudar muito também. Dia 17 nós vai buscar um Cubano. (M5)

Situação semelhante foi relatada em outros municípios da microrregião, indicando, porém, que se o programa atende perfeitamente a APS, deixa a desejar no caso das urgências.

Agora, com o advento do Mais Médicos, do Programa Mais Médicos, então nós não estamos tendo mais dificuldade de preencher as vagas do PSF. Porém, esses médicos não podem trabalhar no pronto atendimento, na recepção da urgência e emergência. Nós temos uma demanda muito grande de profissional nessa área, falta médico ainda. (M4)

Quanto a atuação desses profissionais, pela avaliação dos gestores, o atendimento foi considerado de qualidade. Em outro município da microrregião, a declaração do gestor em relação à médica cubana que se encontrava na cidade pelo PMM, apresentava uma excelente avaliação pela população. Inicialmente, uma das preocupações dos gestores ao recepcionar médicos cubanos, relacionava-se ao idioma. Por se tratar de cidade do interior, nem sempre o acesso e o contato com a língua espanhola é corriqueiro. Quando abordada a questão, o gestor relatou que:

(...) [agora] ela fala português, no início eu me preocupava com os pacientes né, eu perguntava, “e aí doutora? Os pacientes estão entendendo?”, e ela mesma falava assim, “não, quando não entendem eu explico uma, duas, três vezes” mas nunca teve nenhuma reclamação de que não entende a língua não. (M2)

Em outro município, o gestor relatou que dos cinco médicos que realizavam atendimento na atenção básica, somente o médico cadastrado no PMM residia no

---

município. Os demais, deslocavam-se todos os dias de município maior. Mesmo assim, para conseguir manter esses quatro médicos que residiam fora, foi necessário um arranjo interno com relação ao cumprimento da carga horária.

(...) é, então, como a gente, a maioria mora em [...] então a gente fez esse acordo de fazerem a hora direta né, para não ter que ficar quatro [horas] almoço e quatro [horas] né? 40 horas, então eles fazem 5, mas fazem a hora corrida. E todos eles cumprem o combinado né? A parte da manhã fica das 7 à 13, e a parte da tarde fica da 13 às 19. (M3)

O problema enfrentado pelos municípios do interior para a permanência do médico nas cidades menores, acabou levando esse gestor a flexibilizar de alguma maneira o contrato de trabalho com o profissional. Arranjos desse tipo são realizados, possivelmente pela proximidade entre as cidades da microrregião, todas elas interligadas com estradas asfaltadas o que possibilita o profissional trabalhar em mais de um município numa jornada diária. A média de distância entre as cidade é de 40km, com pouco tráfego, facilitando a mobilidade na região.

Na região estudada, as RAS foram estruturadas considerando o porte do município para estabelecer a compactuação. Os municípios maiores possuem os três níveis de atenção; primária, média e alta complexidade. Os de porte médio recebem somente os dois primeiros níveis e os de pequeno porte, normalmente, apenas a atenção básica. Nesses últimos, a possibilidade de atuação do médico é basicamente a UBS e a UPA. São aspectos da geografia da região que deverão ser considerados na análise em relação ao PMM, pois, certamente, essa configuração espacial de distribuição das RAS interfere na formação das equipes de ESF e demais serviços do SUS.

Finalmente, num outro município, a gestão municipal encontrava-se criando mecanismos para consolidar o PMM. Nas palavras do gestor:

Por exemplo, tem algumas ações, médicos, o mais médicos que nós implantamos no município, a gente utilizou de leis, não só federais, mas também em nível local, na criação de leis pra que isso permanecesse, pra que desse retaguarda, entendeu? Então é dessa forma, a legitimação e participação do controle social pra que ele esteja sempre presente nessas ações, porque de repente, há um determinado gestor que não, eu não quero isso e simplesmente vai mudando, não. Você sabe que nem a população geralmente, ela não tem olhos pra isso, mas se está registrado, se está legitimado, se está fundamentado, então a gente acredita que se consolide, e seja sustentável, né? Por que? Porque se o programa está dando certo ou se a ação está correta, está tendo resolutividade, todos querem que ela permaneça, né? (M6)

Esse município optou por criar uma lei própria para garantir que o PMM se consolide e permaneça no município independente do grupo político atuante. Para discutir esse aspecto, há necessidade de aprofundamento da relação entre o PMM e sua relação com a política local. Pelas entrevistas com os gestores, foi possível identificar que os programas em nível federal e estadual sofrem influência dos grupos políticos nessas instâncias.

Dos 30 municípios da região, 19 possuem o PMM e daqueles em que se realizou entrevista com o gestor, somente um afirmou ter tido problema com um profissional do programa. O problema estava relacionado à conduta médica no atendimento, pois a mesma apresentou insegurança na tomada de decisões sobre os encaminhamentos clínicos a

serem adotados. Neste município, a conduta escolhida foi romper o contrato com a profissional.

Em relação ao PMM, a região da AMUSEP apresenta desequilíbrio na distribuição dos médicos contratados. Apenas 63% das cidades possuem médicos contratados pelo PMM e estes se concentram nas cidades com mais de 10.000 habitantes. Mais da metade (52,6%) das cidades pequenas, com menos de 6.000 habitantes não possuem médicos contratados pelo programa, enquanto quase a totalidade (91%) das cidades maiores, com mais de 10.000 habitantes, possuem.

Partindo do objetivo proposto pelo PMM, que se refere primordialmente a diminuir a carência de médicos e reduzir as desigualdades regionais nas áreas mais vulneráveis, há necessidade de investigação mais detalhada a fim de compreender o motivo das cidades menores continuarem desassistidas de médicos do PMM. Em contrapartida, os gestores de saúde que tiveram a experiência de contratar médicos ligados ao programa demonstraram-se satisfeitos com o desempenho profissional dos mesmos.

O presente estudo identificou que a satisfação dos usuários do SUS frente à nova face das RAS é equivalente aos resultados de pesquisa anteriores à implementação do programa. As pesquisas de satisfação dos usuários do SUS já mostravam bons índices na avaliação por parte dos usuários (IPEA, 2010; MOIMAZ et al., 2010; MEDEIROS et al., 2011), que se manteve após a implantação do PMM, isto é, após a chegada dos novos médicos. Vale ressaltar que no período da coleta de dados do presente estudo, haviam sido contratados 14,4 mil dos atuais 18,2 mil médicos nos serviços de saúde no Brasil (SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015), o equivalente a 80% das contratações totalizadas até o período da pesquisa. Portanto, a continuidade de estudos desta natureza contribuirá para maior compreensão do impacto do PMM na satisfação dos usuários, além de fornecerem informações para o planejamento e reformulações em prol do maior acesso dos usuários aos serviços de saúde.

## **FONTES DE FINANCIAMENTO**

Esta pesquisa foi desenvolvida com recursos do edital “Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS - Edição 2012” da Fundação Araucária-PR/ SESA-PR/ MS-DECIT/CNPq.

## **REFERÊNCIAS**

Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). – 4ª. Edição – Rio de Janeiro : ANS, 2011. 244 p.

Andrade, Karina Lane Campos, Ferreira Efigênia Ferreira. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu, Minas Gerais: a satisfação do

usuário. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n.1, p.123-130, 2006.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Diário Oficial. Portaria nº 342, 4 de março de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Mais Médicos Governo Federal. Resultado para o País. Mais consultas, mais cuidado e melhoras instalações. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Relatório da Pesquisa de Satisfação dos Usuários do SUS quanto aos aspectos de acesso e qualidade percebida na atenção à saúde, mediante inquérito amostral. Brasília: MS, 2011. Disponível em: <http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/25/relatorio-gerencial-2011.pdf>. Acesso em: 26.08.2016.

Conil, Eleonor Minho. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000. **Caderno de Saúde Pública**. V.18, p.191-202, 2002.

Cotta, Rosângela Minarde Mitre et al. A satisfação dos usuários do Programa de Saúde da Família: avaliando o cuidado em saúde. **Scientia Medica**, v.15, n.4, p. 227-234, 2005.

Elias, Paulo Eduardo et al. Primary Health Care: a comparison of PSF and UBS units per stratum of socially excluded users in the city of São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n. 3, p.633-641, 2006.

Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – Informações FIPE, n. 425, 2016. [acessado 2016 mar 10]. Disponível em: <http://downloads.fipe.org.br/publicacoes/bif/bif425a.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD 2008). Um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, Sistema de Indicadores de Percepção Social – SIPS, Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2010.

Kloetzel, Kloetzel et al. Controle de qualidade em atenção primária à saúde: A satisfação do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n.3, p.623-628, 1998.

Lavras, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, p. 867-874, 2011.

Macinko, James; Guanais, Frederico C, Souza Maria de Fátima Marinho. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2003. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v.60, p.13-20, 2006.

---

Medeiros, Flávia A et al. Basic health unit embracement: focusing on user satisfaction. **Revista de Salud Pública**, v.12, n.13, p. 402-413, 2010.

Mendes, Eugénio Vilaça. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.:il.

Moimaz, Suzely Adas Saliba et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. **Physis**, v.20, n. 4, p.1419-1440, 2010.

Moura, Escolástica Rejane Ferreira Moura; HOLANDA, Francisco Júnior; RODRIGUES, Maria Socorro Pereira. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, p. 1791-9, 2003.

Oliveira, Felipe Provenço et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v.19, n.54, p. 623-43, 2015.

Santiago, Renata Florência et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n.1, p. 35-44, 2013.

Santos, Leonor Maria Pacheco; Costa, Ana Maria; Girardi, Sábado Nicolau. Mais Medicos Program: an effective action to reduce health inequities in Brazil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.20, n.11, p. 3547-3552, 2015.

Starfield, Barbara; Shi, Leiyu; Macinko, James. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Quarterly**, v. 83, p. 457-502, 2005.



**GESTÃO DOS PNEUS INSERVÍVEIS E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA O PROGRAMA DE PREVENÇÃO À DENGUE, FEBRE CHIKUGUNYA E ZIKA VÍRUS NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ (SC)**

*WASTE TIRES MANAGEMENT AND THEIR CONTRIBUTION TO THE DENGUE, CHIKUGUNYA FEVER AND ZIKA VIRUS PREVENTION PROGRAM IN THE CHAPECÓ (SC) MUNICIPALITY*

Junir Antonio Lutinski<sup>1</sup>  
Suiane Oliveira de Quadros<sup>2</sup>  
Jéssica Tiburski<sup>3</sup>  
Cléia de Fátima Bedim<sup>4</sup>

Recebido em: 19 jul. 2017  
Aceito em: 05 jun. 2018

**RESUMO:** O potencial dos pneus inservíveis como criadouros para o mosquito *Aedes aegypti*, vetor da Dengue, febre Chikungunya e Zika vírus, é amplamente conhecido. Este estudo teve como objetivos descrever a gestão dos pneus inservíveis no município de Chapecó e avaliar relação entre o número de pneus destinados à Reciclanip e o número de focos de *A. aegypti* registrados em pneus. A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2016 e teve como base o período de 2010 a 2015. Dados foram obtidos no sitio eletrônico da DIVE/SC e junto ao setor de Vigilância em Saúde Ambiental do município de Chapecó. A quantidade de pneus inservíveis recebidos pelo ecoponto triplicou no período avaliado. A correlação entre a gestão ambientalmente correta dos pneus inservíveis e o número de focos de *A. aegypti* foi negativa ( $r = -0,79$ ) e significativa ( $p < 0,05$ ). Os resultados encontrados permitem inferir que a gestão ambientalmente correta dos pneus inservíveis contribui positivamente para a promoção da saúde pública, na prevenção da Dengue, febre Chikungunya e Zika vírus.

**Palavras-chave:** Gestão de resíduos. Logística reserva. Promoção da saúde. Resíduos sólidos urbanos.

**ABSTRACT:** The potential of waste tires as breeding sites for the *Aedes aegypti* mosquito, Dengue, Chikungunya fever and Zika virus vector, is widely known. The aim of this study was to describe the management of waste tires in the municipality of Chapecó and to evaluate the relationship between the number of tires destined for Reciclanip and the number of *A. aegypti* outbreaks recorded in tires. Data collection was performed from May to August 2016 and was based on the period from 2010 to 2015. Data were obtained from the DIVE/SC website and from the Environmental

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Chapecó, SC, Brasil. E-mail: [junir@unochapeco.edu.br](mailto:junir@unochapeco.edu.br)

<sup>2</sup> Curso de Ciências Biológicas, Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Chapecó, SC, Brasil. E-mail: [jessica.tiburski@unochapeco.edu.br](mailto:jessica.tiburski@unochapeco.edu.br).

<sup>3</sup> Curso de Ciências Biológicas, Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Chapecó, SC, Brasil. E-mail: [jessica.tiburski@unochapeco.edu.br](mailto:jessica.tiburski@unochapeco.edu.br).

<sup>4</sup> Vigilância em Saúde Ambiental do município de Chapecó, SC, Brasil. E-mail: [cleiabed@yahoo.com.br](mailto:cleiabed@yahoo.com.br).

Health Surveillance sector of Chapecó municipality. The amount of waste tires received by the ecopoint tripled in the evaluated period. The correlation between the environmentally correct management of the waste tires and the number of *A. aegypti* outbreaks was negative ( $r = -0.79$ ) and significant ( $p < 0.05$ ). The results found allow to infer that the environmentally correct management of waste tires contributes positively to the promotion of public health in the prevention of Dengue, Chikungunya fever and Zika virus.

**Keywords:** Waste management. Reserve logistics. Health promotion. Urban solid waste.

## INTRODUÇÃO

O desenvolvimento industrial do século XX aumentou a oferta de produtos destinados a satisfazer às necessidades da sociedade moderna resultando no aumento do consumo e em hábitos de descarte indiscriminados. Isso aumentou a pressão sobre os recursos naturais e ocasionou o esgotamento de recursos finitos. Houve um aumento na geração de resíduos perigosos e por consequência houve uma elevação da poluição do planeta (FERREIRA *et al.*, 2011). A crise ambiental fez com que a sociedade passasse a se preocupar com o processo de crescimento econômico. A reflexão e discussão sobre as questões ambientais passou a fazer parte das agendas políticas e isso levou ao conceito de desenvolvimento sustentável, que surgiu na década de 80, tendo-se em vista a relação entre a preservação ambiental do planeta e o atendimento das necessidades humanas (LEITE; ARAÚJO e MARTINS, 2011).

Segundo o relatório WCED (1987), o desenvolvimento sustentável deve ser capaz de satisfazer as necessidades da geração presente sem comprometer a capacidade das futuras gerações satisfazerem as suas próprias necessidades. O termo Desenvolvimento Sustentável representa um conceito integrador onde questões inter-relacionadas podem ser organizadas de forma única buscando a sustentabilidade. A sustentabilidade foi adotada inicialmente pelo movimento ecológico para atender e proteger aos recursos renováveis. Daí o conceito que se refere à existência de condições ecológicas para dar suporte à vida humana (SARTORI, LATRÔNICO e CAMPOS, 2014; FLORIANI *et al.*, 2016).

Pneus inservíveis representam um resíduo que demanda de uma gestão ambientalmente correta. Quando disposto inadequadamente pode causar danos ao meio ambiente e à saúde pública (LAGARINHOS e TENÓRIO, 2013; FREITAS e NÓBREGA, 2014). A indústria brasileira de pneus produz um total de mais de 68 milhões de unidades ao ano (IBGE, 2015). Desse total, aproximadamente 87% são produzidas pelas oito empresas que representam a Associação Nacional da Indústria de Pneumáticos (ANIP). Dentre as alternativas para a destinação dos pneus inservíveis estão a recauchutagem, regeneração, reciclagem energética, pirólise e a composição asfáltica (SANDRONI e PACHECO, 2005).

A definição de pneus inservíveis veio com a Resolução Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA) nº 258/99 que descreve pneus ou pneumáticos como todos os

---

artefatos infláveis constituídos basicamente por borracha e materiais de reforço, utilizados para rodagem de veículos. Este resíduo não é classificado como perigoso (ABNT, 2004), contudo, em caso de incêndios, a fumaça resultante contém poluentes nocivos à saúde humana, podendo afetar o bem-estar físico e psicológico dos seres humanos (CHEN *et al.*, 2009; NÓBREGA, 2014).

A reciclagem de pneus no Brasil teve avanços a partir da publicação da Resolução do CONAMA nº 258/99 (BRASIL, 1999) e com o desenvolvimento de tecnologias para reutilização, reciclagem e valorização energética (LAGARINHOS e TENÓRIO, 2013). Em 2009, foi publicada uma nova Resolução CONAMA, a de nº 416/09 (BRASIL, 2009a), que atualizou a forma de cálculo para a reciclagem de pneus produzidos para venda no mercado de reposição. Esta Resolução estabelece responsabilidades compartilhadas que envolvem a produção, comércio e os usuários dos pneus inservíveis. Indústrias, importadores, comércios, revendedores, a população e o poder público passaram a ter responsabilidades definidas no processo de gestão dos pneus inservíveis (BRASIL, 2009a; LAGARINHOS e TENÓRIO, 2013).

Embora o pneu seja um material considerado inerte, possui metais pesados em sua composição e sua disposição requer gerenciamento adequado (ARAUJO e SILVA, 2005). A partir das agressões ao meio ambiente, os países passaram a regulamentar e a adotar imposições mais rígidas aos diversos agentes envolvidos, sejam consumidores, empresas, poder público ou outras instituições (MOTTA, 2008).

Para atender à resolução CONAMA 416/2009, as indústrias pneumáticas se uniram e criaram a Associação Nacional da Indústria Pneumática (ANIP), a fim de sistematizar a coleta e a destinação final adequada dos pneus inservíveis produzidos no Brasil. Foram implantados em todo o país locais para coleta dos pneus chamados ecopontos, destinados a receber os pneus inservíveis, possibilitando a destinação ambientalmente correta desse resíduo e visando disseminar entre a população a existência de pontos para disposição dos pneus substituídos (RECICLANIP, 2016).

A logística reversa representa a área da logística empresarial que planeja, opera e controla o fluxo e as informações logísticas correspondentes, do retorno dos bens de pós-venda e de pós-consumo ao ciclo de negócios ou ao ciclo produtivo, através dos canais de distribuição reversos, atendendo à legislação vigente e agregando-lhes valores de diversas naturezas. Uma das dificuldades enfrentadas na logística reversa dos pneus inservíveis se refere à falta de informações sobre a quantidade gerada e sobre os volumes gerados em cada região do Brasil (LAGARINHOS e TENÓRIO, 2008).

No Estado de Santa Catarina, o primeiro município a estabelecer convênio com a ANIP e um ecoponto com esta finalidade foi São Miguel do Oeste no ano de 2008, seguido pelo município de Chapecó, em 2009. Atualmente, estão cadastrados 19 ecopontos no Estado de Santa Catarina (RECICLANIP, 2016). Apesar de a legislação ambiental vigente tratar os pneus inservíveis como uma demanda primariamente ambiental, o processo de gestão destes resíduos vem ocorrendo intimamente associado à demanda criada para a prevenção dos riscos à saúde. Os programas municipais de prevenção à Dengue, Febre

Chikungunya e Zika vírus, em parceria com a Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Estado, têm estado na vanguarda da gestão dos pneus inservíveis no Estado catarinense. As três doenças são transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* (Linnaeus, 1762), que encontra nos pneus a céu aberto um criadouro preferencial (BRASIL, 2009b).

No Brasil, as epidemias de dengue, tem ultrapassado a capacidade de atendimento nos serviços do Sistema Único de Saúde (TEIXEIRA, 2015). As infecções produzidas pelo vírus enfocam uma situação epidemiológica preocupante em vários países (MENDONÇA *et al.*, 2009; WHO, 2012). A transmissão do agente etiológico tem sido registrada de uma forma de cada vez mais intensa, aumentando a magnitude das epidemias e a área de circulação do vírus (TEIXEIRA, 2015; VALLE, 2015). No Estado de Santa Catarina, nos dez primeiros meses do ano de 2016, foram notificados mais de 13 mil casos suspeitos da doença com confirmação de mais de 30% destes. O município de Chapecó está entre aqueles que lideram o ranking estadual dos casos confirmados da doença (SANTA CATARINA, 2016).

A febre causada pelo vírus Chikungunya (CHIKV) é uma doença emergente que vem se espalhando rapidamente e tem se tornado uma preocupação mundial. Inicialmente por não apresentar tratamento específico e vacina e, posteriormente, pelo seu alto poder de limitação (FRANCISCO e SALVADOR, 2013). Foram notificados 35 casos confirmados de febre Chikungunya no Estado de Santa Catarina, em 2016 (SANTA CATARINA, 2016). O Zika vírus é um arbovírus do gênero *Flavivirus*, pertencente à família Flaviviridae (OEHLER *et al.*, 2014). Trata-se de uma infecção viral cujos sintomas podem incluir a microcefalia em recém-nascidos. Foram confirmados 25 casos no Estado em 2016 (SANTA CATARINA, 2016).

No município de Chapecó, o ecoponto atende 230 empresas e pelo menos 10 prefeituras da região. O local é gerido pelo setor de Vigilância em Saúde Ambiental e recebe, armazena e destina os pneus à Reciclanip. Os geradores (comércios de pneus, borracharias e empresas do setor de transportes) entregam os pneus sem custo no ecoponto e a Reciclanip faz a retirada sistemática sem ônus ou repasse de qualquer forma para o município (CHAPECÓ, 2016).

Diante deste contexto, este estudo aborda o seguinte problema de investigação: a gestão ambientalmente correta dos pneus inservíveis contribui para o controle populacional do mosquito *A. aegypti*? Este estudo objetivou a) descrever a gestão dos pneus inservíveis no município de Chapecó, no período entre 2010 e 2015, quanto aos volumes destinados à reciclagem e a sazonalidade; b) Avaliar a evolução do número de focos de *A. aegypti* registrados em pneus no mesmo período; e c) avaliar relação entre o número de pneus inservíveis destinados à Reciclanip e o número de focos de *A. aegypti* registrados em pneus.

## MATERIAL E MÉTODOS

### LOCAL DO ESTUDO

Esta pesquisa se caracteriza como quantitativa e teve como fonte de dados a Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina (Santa Catarina, 2016) e o banco de dados do setor de Vigilância em Saúde Ambiental do município de Chapecó (CHAPECÓ, 2016). Baseia-se nos dados relativos ao período entre 2010 e 2015. O município de Chapecó está localizado na região Oeste do Estado de Santa Catarina (27°05'47" S; 52°37'06" W). Possui uma população estimada em 205.789 habitantes (IBGE, 2015). Destaca-se das demais cidades do oeste catarinense por ser considerado polo econômico regional e por se encontrar na rota do comércio e do turismo da região Sul do Brasil (CHAPECÓ, 2016). A infestação pelo mosquito *A. aegypti* em Chapecó conta com um histórico de duas décadas (LUTINSKI *et al.*, 2013).

### COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2016. Dados da Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina (DIVE) foram obtidos no sítio eletrônico da DIVE e se restringiram aos dados secundários de natureza pública, disponíveis na página web. Foram obtidos dados referentes ao número de focos de *A. aegypti* registrados em pneus em todos os municípios catarinenses, ano a ano, para o período avaliado.

Dados relativos ao número de focos de *A. aegypti* registrados em pneus no município de Chapecó, mês a mês, em cada ano do período avaliado, ao número mensal de pneus recebidos pelo ecoponto de Chapecó, e a quantidade, em toneladas, destinada à Reciclanip, ano a ano, foram obtidos junto ao setor de Vigilância em Saúde Ambiental do município. Para tal, foram obtidas ciência e autorização da gestão municipal para o uso dos dados.

### ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram tabulados e organizados em uma planilha de dados utilizando-se o Software *Excel for Windows*. Foi realizada uma análise estatística exploratória baseada nas frequências, ilustrada por tabelas e gráficos e mantidos aqueles que melhor responderam aos objetivos propostos.

Para avaliar a relação entre o número de pneus inservíveis destinados à Reciclanip e o número de focos de *A. aegypti* registrados em pneus, foi realizada uma análise de

---

correlação de Pearson. Para tal, foi utilizado o Software estatístico Past (HAMMER *et al.*, 2001).

## RESULTADOS

Ao todo, 446.613 pneus foram recebidos pelo ecoponto de Chapecó, no período entre 2010 e 2015. Este total representou uma quantidade de 3.449,34 toneladas destinadas à Reciclanip. A quantidade de pneus recebidos no ecoponto aumentou aproximadamente três vezes no período (Tabela 1).

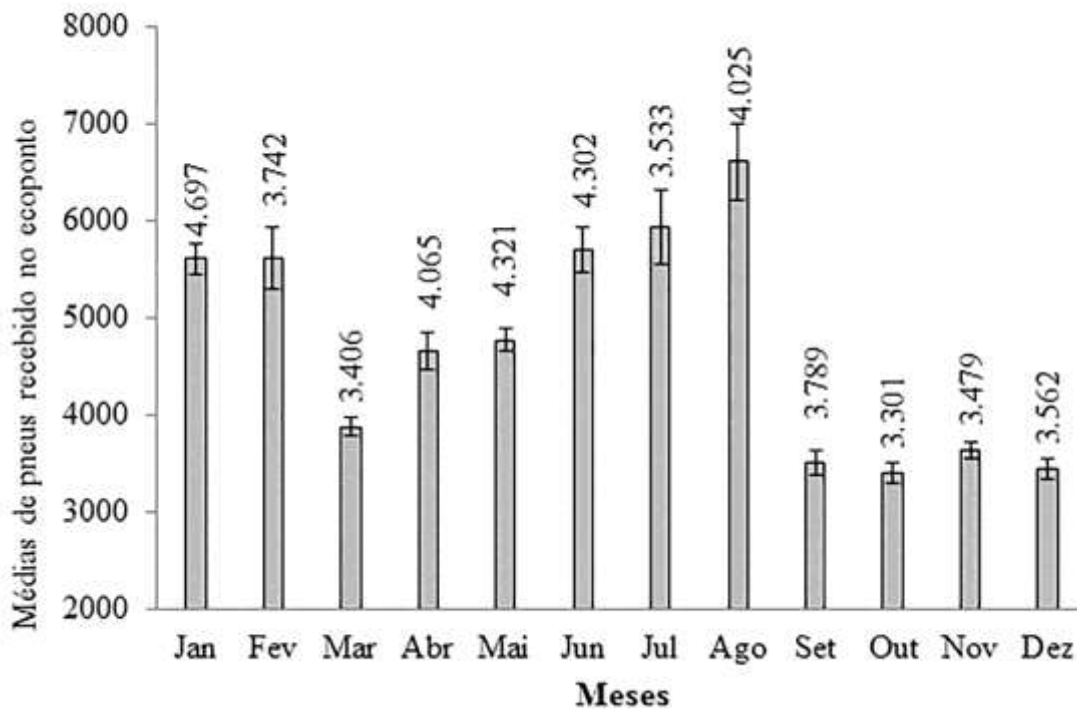
**Tabela 1** - Número anual de pneus inservíveis recebidos no ecoponto do município de Chapecó e quantidade, em toneladas, destinada à Reciclanip, no período entre 2010 e 2015.

---

| Ano  | Quantidade de pneus destinados à Reciclanip (unidades) | Volume destinado à Reciclanip (toneladas) |
|------|--|---|
| 2010 | 32.352   | 386,06                                    |
| 2011 | 36.020   | 470,73                                    |
| 2012 | 55.465   | 486,66                                    |
| 2013 | 51.815   | 573,24                                    |
| 2014 | 161.327  | 841,27                                    |
| 2015 | 109.634  | 691,38                                    |

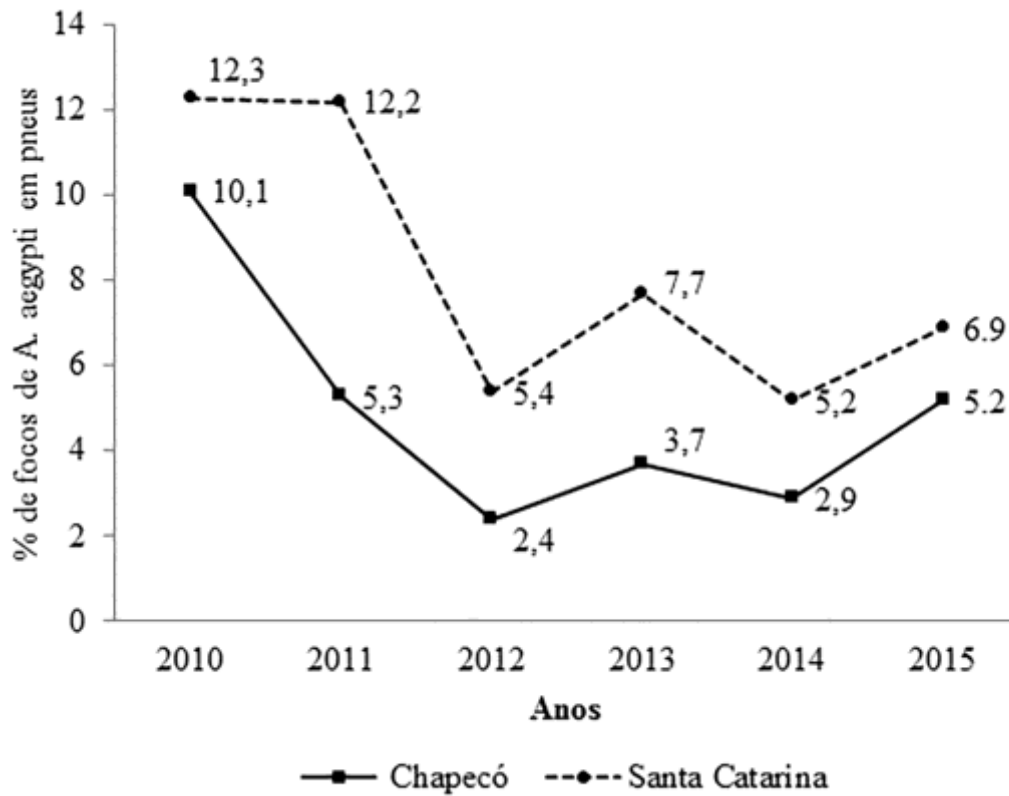
---

As maiores quantidades de pneus recebidas no ecoponto foram verificadas nos meses de janeiro, fevereiro, junho, julho e agosto. As médias mensais destes meses diferiram significativamente (Erro Padrão) dos demais meses do ano (Figura 1).



**Figura 1** - Número médio mensal de pneus inservíveis recebidos pelo ecoponto de Chapecó. Período de 2010 a 2015. As barras verticais representam o Erro Padrão da média.

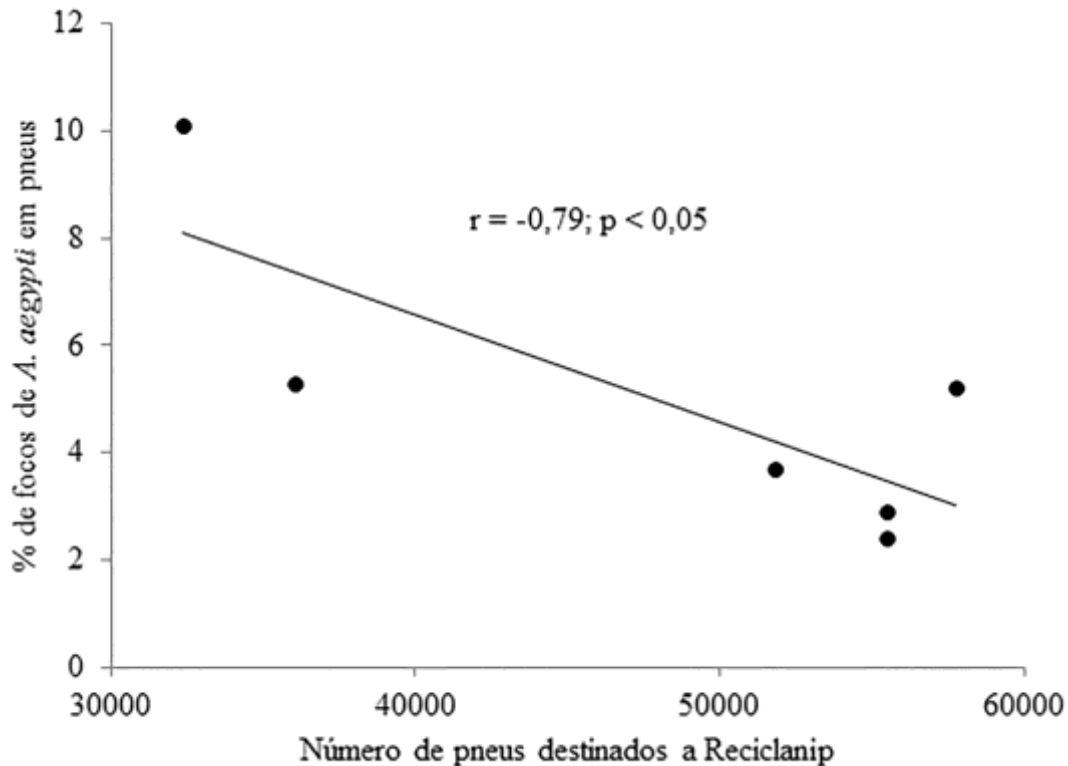
Os percentuais de focos de *A. aegypti* encontrados em pneus em relação ao total de focos registrados foi, em todos os anos, menor no município de Chapecó, do que os percentuais verificados para o Estado como um todo. Os percentuais verificados no município acompanharam a tendência observada no Estado. Entre 2010 e 2012, observou-se uma redução de mais de 55% do índice, tanto no município como no Estado. A diferença (redução) ente os percentuais de 2010 e de 2015, em pontos percentuais foi de 4,9 para Chapecó e 5,4 para o Estado. Houve uma estabilização entre 2012 e 2014 e um leve aumento em 2015 (Figura 2).



**Figura 2** - Evolução anual dos percentuais de focos de *A. aegypti* encontrados em pneus inservíveis no município de Chapecó e no Estado de Santa Catarina, no período de 2010 a 2014.

Foi encontrada uma correlação negativa e significativa entre o percentual anual de focos de *A. aegypti* encontrados em pneus e o número de pneus destinados à Reciclanip (Figura 3).





**Figura 3** - Correlação entre o percentual de focos de *A. aegypti* registrados em pneus e o número de pneus destinados à Reciclanip, município de Chapecó, SC, no período de 2010 a 2015.

## DISCUSSÃO

A quantidade de pneus recebidos pelo ecoponto de Chapecó e destinados à Reciclanip triplicou no período entre 2010 e 2016. Parte do período de maior número de pneus entregues no ecoponto, meses de janeiro e fevereiro, coincide com o período de intensificação das ações do Programa Municipal de Prevenção à Dengue (PMCD). Os meses de junho, julho e agosto representam o período imediatamente após o término das campanhas mais intensas de prevenção da Dengue, Febre Chikungunya e Zika vírus no município. Houve uma redução importante dos percentuais de focos encontrados em pneus inservíveis em relação ao total de focos registrados, tanto pelo município de Chapecó, como no Estado de Santa Catarina. A redução coincide com o período do estabelecimento dos termos de convênio dos municípios com a Reciclanip e a implantação dos ecopontos. A associação entre a gestão ambientalmente correta dos pneus inservíveis e a redução dos focos de *A. aegypti* foi significativa no período avaliado.

O aumento do número de pneus inservíveis recebidos no ecoponto de Chapecó reflete a produção e comercialização de pneus no Brasil. No ano de 2014, o país produziu 68 milhões de pneus e a comercialização que alcançou a marca de 75 milhões de unidades (RECICLANIP, 2016). Ao fim da vida útil, os pneus são descartados no momento em que são trocados por novos (LAGARINHOS e TENÓRIO, 2013). Até o ano de 2008, no município de Chapecó não contava com nenhuma destinação sistemática e regular de pneus inservíveis. Grandes empresas geradoras mantinham contatos independentes com

---

empresas de destinação em outros Estados e assim faziam o descarte dos pneus inservíveis. Contudo, empresas de menor porte recorriam à doação a obras de contenção, muros ou ao descarte irregular em terrenos baldios. Esta destinação contribuiu para que, no município de Chapecó e no Estado de Santa Catarina, os pneus inservíveis tivessem um papel preponderante na infestação por *A. aegypti* e, posteriormente para a transmissão viral das doenças veiculadas por este mosquito (CHAPECÓ, 2016; SANTA CATARINA, 2016).

De acordo com Rodrigues e Henkes (2015), a reutilização de pneus inservíveis ganhou espaço após a segunda metade do século XX quando, segundo Rodrigues e Henkes (2015), à escassez de matéria-prima para a produção de pneus novos se tornou uma realidade. A reciclagem de pneus não gera, necessariamente, lucro para os fabricantes (ROY *et al.*, 2006; FLORIANI *et al.*, 2016). Contudo, o despertar de uma maior preocupação com a sustentabilidade do planeta, associada ao volume de pneus inservíveis gerados levou o governo a regulamentar o descarte deste resíduo (BRASIL, 2009a). Contudo, foi a partir do reconhecimento deste resíduo como uma ameaça à saúde pública que a logística reversa dos pneus inservíveis tomou impulso no município de Chapecó. Após a implantação do ecoponto, a divulgação, as campanhas de limpeza urbana para evitar a proliferação do mosquito *A. aegypti*, aliado à fiscalização sanitária nos estabelecimentos geradores contribuíram para o aumento do número de pneus recebidos no ecoponto, ano após ano.

O Ecossistema urbano está relacionado aos aspectos visíveis, externos do ambiente (monumentos, praças, ruas, imóveis e terrenos baldios) individualizados como elementos, porém componente intrínseco das relações que representam e explicam a paisagem. Trata-se de um ambiente em constante transformação, tanto no tempo, como e no espaço (LAMAS, 2000). A forma como uma cidade organizada influi em seu sistema de tráfego, na implantação dos equipamentos urbanos, nos custos de urbanização, além de exercer influência na vida socioeconômica do grupo social (FERRARI, 1991). A adoção de políticas adequadas de gestão dos resíduos representa uma necessidade atual, frente à expansão das inúmeras doenças transmissíveis emergentes e re-emergentes (RODRIGUES *et al.*, 2016).

Os pneus inservíveis são resíduos sólidos que ocupam espaço muito físico, são de difícil compactação e demandam coleta e eliminação ambientalmente adequadas. O pneu não é um produto biodegradável e seu tempo de decomposição é estimado em séculos. Devido à sua composição química, que inclui metais pesados, borracha natural e sintética, negro de fumo e óleos, o pneu é produto de fácil combustão e tem alto poder calorífico, o que ocasiona, no caso da queima, a liberação de substâncias tóxicas e cancerígenas, poluentes orgânicos e inorgânicos, tais como fumos metálicos, hidrocarbonetos aromáticos policíclicos benzo(a)pireno e dioxinas (FGV, 2016; POMPEU, 2016).

Segundo Morosini (2006), os pneus inservíveis, quando descartados em cursos d'água, obstruem canais, córregos e galerias de águas pluviais, prejudicando a vazão de escoamento desses corpos receptores hídricos e contribuindo para as enchentes, onerando a administração pública e a população com perdas materiais e riscos à saúde. A queima de

---

pneus a céu aberto é proibida em muitos países devido à emissão de substâncias potencialmente tóxicas. A destinação de pneus para aterros de resíduos é igualmente proibida (BRASIL, 2009) em função do risco de incêndios e da contaminação do solo e da água (FGV, 2016).

Pneus estocados também são locais ideais para a proliferação de mosquitos transmissores de doenças com elevado impacto social como a febre amarela, dengue, febre chikungunya e zika vírus (LUTINSKI *et al.*, 2013). Pneus proporcionam o habitat ideal para a reprodução do mosquito *A. aegypti* devido a seu formato e, sobretudo, por estarem onipresentes tanto em ambientes urbanos quanto rurais. A introdução de novos vírus patogênicos reforça a demanda pela destinação correta destes resíduos. Além de servirem como criadouros, a importação de pneus contendo ovos de mosquitos representa um revés na luta contra a dengue no Brasil. Além de aumento nos custos destinados à prevenção, aumenta a necessidade de desenvolvimento de novos medicamentos e de novos produtos para a fumigação, aumentando ainda mais os impactos sobre o ambiente e sobre a saúde humana (LOPES, 1997; CLARO; TOMASSINI e ROSA, 2004; FGV, 2016).

A ação coordenada pela gestão pública municipal para a prevenção da Dengue está relacionada à sazonalidade da entrega dos pneus inservíveis no ecoponto (CHAPECÓ, 2016). As maiores médias do número de pneus inservíveis entregues no ecoponto nos meses de janeiro e fevereiro estão associadas ao maior número de trocas de pneus pela população no período que precede as viagens de férias. Já, as parcerias com prefeituras da região que reúnem estoques de pneus inservíveis durante os meses de fevereiro a maio em resposta aos riscos à saúde e posteriormente destinam os pneus para o ecoponto de Chapecó, explicam as maiores médias nos meses de junho, julho e agosto.

A demanda pela produção de pneus no mundo continua aumentando e com ela a necessidade de uma gestão eficiente dos pneus inservíveis após a vida útil deste produto (RODRIGUES e HENKS, 2015). A redução dos percentuais de focos de *A. aegypti* encontrados em pneus inservíveis, tanto em Chapecó, como no Estado de Santa Catarina como um todo, imediatamente após o estabelecimento dos convênios e da implantação dos ecopontos, representa um indicativo da contribuição de uma gestão eficiente destes resíduos para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças como a Dengue, Febre Chikungunya e Zika vírus.

O mosquito *A. aegypti* apresenta um longo histórico de convivência com o ser humano e atualmente é considerado uma espécie sinantrópica. Utiliza como criadouros os mais variados recipientes que possam acumular água parada nos ambientes intra ou peridomiciliares (TAUIL, 2002). Os mais comuns são pneus inservíveis, latas, garrafas, pratos dos vasos de plantas, caixas d'água descobertas, calhas, piscinas e vasos sanitários sem uso (SANTA CATARINA, 2016). A pesquisa realizada por Souza-Santos (1999) confirma a maior produtividade de *A. aegypti* em pneus, dentre todos os outros recipientes propícios para a disposição de ovos. Pneus conseguem armazenar grande quantidade de água, por longos períodos e por isso proporcionam baixa perda de formas imaturas do mosquito (REITER *et al.*, 1991). Daí a importância dos resultados deste estudo ao

evidenciar a redução dos focos a partir da implantação do ecoponto.

A Dengue, febre Chikungunya e Zika vírus se tornaram um problema de saúde pública sendo responsável por causar epidemias anualmente em todas as regiões brasileiras, onde condições sociais, climáticas, ecológicas e ambientais favorecem a proliferação do vetor contribuindo com a circulação viral (SOUZA e LEITE, 2010; LUTINSKI *et al.*, 2013). Apesar do potencial de poluição ambiental que os pneus inservíveis inadequadamente destinados representam (HORNER, 1996), a gestão deste resíduo se torna cada vez mais um imperativo para a promoção da saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dada a complexidade de fatores envolvidos no controle populacional do mosquito *A. aegypti* e na prevenção da Dengue, febre Chikungunya e Zika vírus (TAUIL, 2002), não tem sido simples o estabelecimento de relação entre causa e efeito de quaisquer das inúmeras técnicas e soluções propostas. É evidente que a gestão dos pneus inservíveis sem a implementação de ações concomitantes de saneamento básico como um todo surtirá pouco efeito efetivo no controle da população do inseto vetor. Não havendo pneus inservíveis no ambiente, o inseto não terá dificuldades para encontrar outros criadouros em potencial. Por isso, este estudo não tem a pretensão de apresentar uma solução definitiva para um problema que assola as cidades brasileiras, e sim contribuir com um relato de uma experiência que vem apresentando resultados promissores.

Os resultados encontrados permitem inferir que a gestão ambientalmente correta dos pneus inservíveis contribui positivamente para a promoção da saúde pública, além atender à legislação ambiental vigente. Os relatos deste estudo poderão contribuir para o planejamento e para o estabelecimento de planos de gerenciamento de pneus inservíveis em outros municípios do país. Também poderão subsidiar estratégias de controle vetorial integrando setores da Saúde, Planejamento, Limpeza urbana, Educação e Comunicação.

## REFERÊNCIAS

ABNT. **NBR 10004: Classificação dos resíduos sólidos**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2004.

ARAÚJO, F. C.; SILVA, R. J. da. Pneus inservíveis: análise das leis ambientais vigentes e processos de destinação final adequados. **XXV Encontro Nacional de Engenharia de Produção**, Porto Alegre, RS, Brasil, p. 1-8, 2005.

BRASIL, CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente. **Resolução CONAMA nº 258/99, de 20 de agosto de 1999**. Resoluções, 1999a. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/port/conama>. Acesso em: 7 nov. 2016.

BRASIL, CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente. **Resolução CONAMA nº**

**416/09, de 30 de setembro de 2009.** Resoluções, 2009a. Disponível em: Acesso em: <http://www.mma.gov.br/port/conama>. Acesso em: 7 nov. 2016.

BRASIL. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde. 2009b.

CHAPECÓ. **Prefeitura de Chapecó, Vigilância em Saúde Ambiental**, 2015. Disponível em: <https://www.chapeco.sc.gov.br/>. Acesso em: 30 jun. 2016.

CHEN, C. C.; YAMADA, T.; CHIU, M., LIU, Y. Evaluation of the waste tire resources recovery program and environmental health policy in Taiwan. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 6, n. 3, p. 1075-1094, 2009.

CLARO, L. B. L.; TOMASSINI, H. C. B.; ROSA, M. L. G. Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1447-1457, 2004.

FERRARI, C. **Curso de planejamento municipal integrado** (7a. ed.). São Paulo: Pioneira, 1991.

FERREIRA, J. H. M.; CUNHA, L. T.; ALBUQUERQUE JÚNIOR E. P.; BARROS NETO, J. P. Sistema de Gestão Ambiental ISO 14001 e o Nível de Tratamento de Resíduos sob o enfoque da Produção Verde. In: **Encontro de Estudos em Estratégia**, 5., Porto Alegre. Anais... Porto Alegre: ANPAD, 2011.

FGV. Dossiê sobre pneus. **Fundação Getúlio Vargas**, 2016. Disponível em: <http://direitosp.fgv.br/sites/direitogv.fgv.br/files/ap18.pdf>. Acesso em: 23 de dez. 2016.

FLORIANI, M. A.; FURLANETTO, V. C.; SEHNEM, S. Descarte sustentável de pneus inservíveis. **Navus**, v. 6, n. 2, p. 37-51, 2016.

FRANCISCO, G. L.; SALVADOR, F. S. Febre Chikungunya. In **13º Congresso Nacional de Iniciação Científica, Anais do Conic-Semesp**. Campinas: Faculdade Anhanguera de Campinas, 2013.

FREITAS, S. S.; NÓBREGA, C. C. Os benefícios do coprocessamento de pneus inservíveis para a indústria cimenteira. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, v. 19, n. 3, p. 293-300, 2014.

HAMMER, O.; HARPER, D. A. T.; RIAN, P. D. **Past: Palaeontological statistics software package for education and data analysis**. Versão 1.37. 2001. Disponível em: [http://palaeo-electronica.org/2001\\_1/past/issue1\\_01.htm](http://palaeo-electronica.org/2001_1/past/issue1_01.htm). Acesso em: 23 mar. 2016.

HORNER, J. M. Environmental health implications of heavy metal pollution from car tires. **Journal of Environmental Health**, v. 11, p. 175-178, 1996.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**, 2015. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default>. Acesso em: 10 ago. 2016.

LAGARINHOS, C. A. F.; TENÓRIO, J. A. S. Tecnologias Utilizadas para a Reutilização, Reciclagem e Valorização Energética de Pneus no Brasil. **Polímeros: Ciência e Tecnologia**, v. 18, n. 2, p. 106-118, 2008.

---

LAGARINHOS, C. A. F.; TENÓRIO, J. A. S. Logística reversa dos pneus usados no Brasil. **Polímeros**, v. 23, n. 1, p. 49-58, 2013.

LAMAS, J. M. R. G. **Morfologia urbana e desenho da cidade** (2a ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.

LEITE, L.; ARAÚJO, J. B.; MARTINS, R. A. Sustentabilidade como direcionador de evolução dos sistemas de medição de desempenho. **Navus – Revista de Gestão e Tecnologia**, v. 1, n. 1, p. 35-50, 2011.

LEITE, P. R. **Logística reversa, meio ambiente e competitividade**. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

LOPES, J. Ecologia de mosquitos (Diptera: Culicidae) em criadouros naturais e artificiais de área rural do Norte do Estado do Paraná, Brasil. Coleta de larvas em recipientes artificiais instalados em mata ciliar. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 370-377, 1997.

LUTINSKI, J. A.; ZANCHET, B.; GUARDA, C.; CONSTANCI, C.; FRIEDRICH, D. V.; CECHIN, F. T. C.; BONES, I. A.; SOUZA, M. F.; BALSAN, S. T.; ZARYCHTA, S. M.; BUSATO, M. A. Infestação pelo mosquito *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae) na cidade de Chapecó-SC. **Biotemas**, v. 26, n. 2, p. 143-151, 2013.

MENDONÇA, F. A.; SOUZA, A. V.; DUTRA, D. A. Saúde pública, urbanização e dengue no Brasil. **Sociedade & natureza**, v. 21, n. 3, p. 257-269, 2009.

MOROSINI, F. A Guerra dos Pneus. **Casoteca Latino-americana de Direito e Política Pública**, p. 1-34, 2006.

MOTTA, F. G. A cadeia de destinação dos pneus inservíveis: o papel da regulação e do desenvolvimento tecnológico. **Revista Ambiente e Sociedade**, v. 11, n. 1, p. 167-184, 2008.

NÓBREGA, C. C.; FREITAS, S. S. Os benefícios do coprocessamento de pneus inservíveis para a indústria cimenteira: The benefits of co-processing wasted tires for the cement industry. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, v. 19, n. 3, p. 293-300, 2014.

OEHLER, E.; WATRIN, L.; LARRE, P.; LASTÈRE, S.; VALOUR, F.; BAUDOIN, L. Zika virus infection complicated by Guillain-Barré syndrome – case report, French Polynesia. **Euro Surveillance**, v. 19, n. 9, p. 7–9, 2014.

POMPEU, A. M. **Logística reversa de pneus inservíveis: alternativa para o desenvolvimento local sustentável**. Campo Grande: Universidade Católica Dom Bosco, 68 p. Dissertação (mestrado em desenvolvimento local), 2016.

RECICLANIP. Associação nacional da indústria de pneumáticos (ANIP). **Ecopontos**, 2016. Disponível em: <http://www.anip.com.br>. Acesso em: 23 ago. 2016.

REITER, P.; AMADOR, M. A.; COLON, N. Enhancement of the CDC ovitrap with hay infusion for daily monitoring of *Ae. aegypti* populations. **Journal of the American Mosquitoes Control Association**, v. 7, p. 52-5, 1991.

RODRIGUES, C. M.; HENKES, J. A. Reciclagem de pneus: atitude ambiental aliada à

estratégia econômica. **Revista Gestão e Sustentabilidade Ambiental**, v. 4, n. 1, p. 448-473, 2015.

RODRIGUES, W.; MAGALHÃES FILHO, L. N. L.; PEREIRA, R. S. Análise dos determinantes dos custos de resíduos sólidos urbanos nas capitais estaduais brasileiras. **Revista Brasileira de Gestão Urbana (Brazilian Journal of Urban Management)**, v. 8, n. 1, p. 130-141, 2016.

ROY, J.; NOLLET, J.; BEAULIEU, M. Reverse logistics networks and governance structures. **Supply Chain Forum An International Journal**, v. 7, n. 2, p. 58-67, 2006.

SANDRONI, M.; PACHECO, E. B. A. V. **O destino dos pneus inservíveis**. 2005. Disponível em: <http://www.jorplast.com.br/jpout03/pag08>. Acesso em: 29 mai. 2016.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **31º Boletim Epidemiológico/2016. Situação da dengue, febre do chikungunya e zika vírus em Santa Catarina**. 2016. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/>. Acesso em: 29 mai. 2016.

SARTORI, S.; LATRÔNICO, F.; CAMPOS, L. M. S. Sustentabilidade e desenvolvimento sustentável: uma taxonomia no campo da literatura. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 1, p. 1-22, 2014.

SOUZA, A.; LEITE, J. C. J. A dengue no município de Santo Amaro: aplicação de geoprocessamento para diagnóstico e análise dos casos. In: **Congresso de pesquisa e inovação da rede norte nordeste de educação tecnológica**, 2010, Salvador. Resumos. Salvador: CONNEPI, 2010. CDROM. 2010.

SOUZA-SANTOS, R. Fatores associados à ocorrência de formas imaturas de *Aedes aegypti* na Ilha do Governador, Rio de Janeiro, Brasil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 32, p. 373-82, 1999.

TAUIL, P. L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 867-871, 2002.

TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N.; BARRETO, M. L.; BARRETO, F. L. Epidemiologia da Dengue. In: VALLE, D.; PIMENTA, D. N. (Orgs.). **Dengue: teorias e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

VALLE, D.; PIMENTA, D. N.; CUNHA, R. V. da. **Dengue: teorias e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

WCED. World commission on environment and development. **Our common Future**. Oxford: Oxford University Press, 1987.

WHO. World Health Organization. **Global Strategy for Dengue Prevention and Control 2012-2020**. Geneva: World Health Organization, 2012.

# RESÍDUOS SÓLIDOS URBANOS DISPOSTOS EM TERRENOS BALDIOS DA CIDADE DE CHAPECÓ, SC

## SOLID URBAN WASTE DISPOSED IN VACANT LOTS OF CHAPECÓ CITY, SC

Luana Melim Neves<sup>1</sup>  
Junir Antonio Lutinski<sup>2</sup>  
Jéssica Tiburski<sup>3</sup>

Recebido em: 19 jul. 2017  
Aceito em: 08 jun. 2018

**RESUMO:** Entre os problemas ambientais provenientes do desenvolvimento atual destaca-se o aumento da geração de resíduos sólidos urbanos (RSU). Estes resíduos estão associados à poluição e impactam a saúde humana. Este estudo teve como objetivo caracterizar os RSU depositados em terrenos baldios (TB) da cidade de Chapecó (SC) quanto à frequência, a origem e a classificação. Foram avaliados 100 TB em 10 bairros da cidade, no período entre maio e junho de 2016. Foi verificada a presença de RSU em 72% dos terrenos avaliados. A origem foi identificada como residencial em 65% dos casos, da construção civil em 30%, de origem comercial em 23% e industrial em 1%. Quanto à classificação, resíduos a classe IIA (resíduos não perigosos não inertes) foram identificados em 52% dos TB, resíduos pertencentes à classe IIB (resíduos inertes) foram registrados em 49% e resíduos perigosos em 9%. Os resultados indicam a necessidade de o município ampliar o gerenciamento de RSU e de uma política pública integrada envolvendo todos os segmentos da sociedade para a gestão dos mesmos. Os resultados desse estudo poderão subsidiar ações para o desenvolvimento social e econômico do município bem como para a conservação dos recursos naturais e das condições de saúde da comunidade. Recomenda-se um programa de educação ambiental e fiscalização voltada para mobilização da comunidade em prol a separação e destinação correta dos RSU.

**Palavras-chave:** Contaminação do solo. Degradação ambiental. Educação ambiental. Gestão ambiental. Urbanização.

**ABSTRACT:** Among the environmental problems arising from population growth are the increase in the generation of urban solid waste (RSU). These wastes are associated with pollution and impact human health. The aim of this study was to characterize the RSU deposited in vacant lots (TB) in the Chapecó city (SC) regarding frequency, origin and classification. A total of 100 TB were evaluated in 10 city districts between May and June 2016. The presence of RSU was verified in 72% of the evaluated lots. The identified origin was residential in 65% of cases, civil construction in 30%, commercial origin in 23% and industrial in 1%. Class IIA (non-inert non-hazardous waste) was identified in 52% of TB, class IIB (inert waste) was recorded in 49% and hazardous waste in 9%. This study indicates the need for the municipality to

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Ciências Biológicas da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). E-mail: [luana.mneves@unochapeco.edu.br](mailto:luana.mneves@unochapeco.edu.br). Projeto de Pesquisa de Iniciação Científica (PIBIC). Fundo de Apoio à pesquisa da Unochapecó (FAPE), Edital n° 010 Reitoria/2016.

<sup>2</sup> Professor Doutor do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). E-mail: [junir@unochapeco.edu.br](mailto:junir@unochapeco.edu.br).

<sup>3</sup> Acadêmica do curso de Ciências Biológicas da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). [jessica.tiburski@unochapeco.edu.br](mailto:jessica.tiburski@unochapeco.edu.br).



improve RSU management and an integrated public policy involving all segments of society for manage them. The results of this study may subsidize actions for the social and economic development of the municipality as well as for the conservation of natural resources and community health conditions. It is recommended an environmental education and inspection program aimed at mobilizing the community in favor of the separation and correct RSU destination.

**Keywords:** Soil contamination. Environmental degradation. Environmental education. Environmental management. Urbanization.

## INTRODUÇÃO

A geração de resíduos sólidos urbanos (RSU) está associada ao modelo de desenvolvimento econômico atual, ao crescimento populacional, ao acelerado processo de urbanização e às mudanças tecnológicas (BESEN, 2011). A popularização das embalagens descartáveis e a busca pela praticidade e por maior agilidade na vida das pessoas têm contribuído para o aumento na geração de resíduos e para o volume depositado nos aterros pelo mundo (FERES, RODRIGUES, 2012). A prática de disposição e acúmulo de RSU em terrenos baldios (TB) contribui como fonte de proliferação de vetores de doenças, especialmente roedores e insetos, os quais encontram abrigo e alimento nesses locais (LOPES, LEITE e PRASAD, 2000). Soma-se a isso a poluição visual, o mau cheiro, a contaminação do ambiente e os riscos à saúde humana (MUCELIN e BELLINI, 2008; DEUS, BATTISTELLE e SILVA, 2015).

De acordo com a NBR10004/2004 e a Política Nacional de Resíduos Sólidos, Lei nº 12.305, de 2 de agosto de 2010, regulamentada pelo decreto 7.404, de 23 de dezembro de 2010, os RSU são constituídos por materiais inorgânicos e orgânicos, de constituição heterogênea, resultantes da natureza e das atividades humanas. Os RSU vêm se tornando um problema sanitário, ambiental, econômico e social (KGATHI e BOLAANE, 2001; SIQUEIRA e ASSAD, 2015). São produzidas aproximadamente 1,3 bilhões toneladas ao ano no mundo o que demanda cada vez mais espaços para destinação, principalmente nos grandes centros urbanos (ROMANSINI, 2005; CNI, 2014). A Política Nacional dos Resíduos Sólidos visa amenizar os impactos negativos dos RSU não tratados ou destinados de forma inadequada (FERES e RODRIGUES, 2012).

A origem dos resíduos sólidos está vinculada às residências, comércios, indústrias, serviços da saúde, limpeza pública e construção civil (BRASIL, 2008). Segundo a NBR 10004/2004, os RSU são classificados em resíduos Classe I (Perigosos): aqueles que apresentam inflamabilidade, corrosividade, reatividade, toxicidade ou patogenicidade, ou seja, aqueles que apresentam risco à saúde pública, provocando mortalidade, incidência de doenças ou acentuando seus índices ou riscos ao meio-ambiente, quando gerenciados de forma inadequada. Os resíduos Classe II (não perigosos) subdividem-se em resíduos classe II A (não inertes) e resíduos classe II B (inertes). Os RSU classe IIA apresentam propriedades de biodegradabilidade, combustibilidade ou solubilidade em água. Os resíduos classe IIB são aqueles resíduos que não apresentam nenhum de seus

constituintes solubilizáveis a concentrações superiores aos padrões de potabilidade da água.

Tendo em vista a complexidade que envolve a gestão dos RSU, algumas alternativas têm sido propostas ao longo das últimas décadas, dentre as quais se destacam os processos de reciclagem e reutilização desses materiais (RENOU *et al.*, 2008). Embora essas técnicas tenham contribuído e gerado renda para catadores, os aterros sanitários continuam sendo o destino para a disposição de RSU em todo o Brasil e na maior parte dos países da América Latina (CASTILHO e BARCELÓ, 2001; BRASIL, 2008). Ainda que a utilização de aterros sanitários seja considerada um método seguro, este processo de disposição de resíduos produz subprodutos que geram impactos no meio ambiente, principalmente no solo. Os resíduos passam por processos de decomposição tanto química como biológica, e ao final desse processo, dão origem a efluentes líquidos e gasosos, os quais podem ser prejudiciais à saúde humana (LOPES, 2005).

Apesar dos incentivos à coleta seletiva, a aplicação de políticas de reuso, reciclagem e reaproveitamento, é fundamental a destinação ambientalmente correta para aqueles RSU que não podem ser reaproveitados de alguma forma. O apelo para isso está associado à proteção da saúde pública e da qualidade do meio ambiente (HEGEL e CORNÉLIO, 2013). A disposição de RSU de forma inadequada em terrenos baldios, às margens de ruas ou em cursos d'água fazem com que o principal poluente desses resíduos, o chorume, afete a qualidade da água dos mananciais tanto superficiais como subterrâneas (ROCHA e NISHIYAMA, 2012). Alguns RSU têm sido descritos como potenciais criadouros para larvas de mosquitos como o *Aedes aegypti* (Linnaeus 1762), transmissor da Dengue, Zika vírus e febre Chikungunya (LUTINSKI *et al.*, 2013). Quando lançados em córregos, impedem o fluxo da água causando um dos maiores problemas nas cidades, as enchentes, que causam a perda de materiais e entupimentos de córregos. A proliferação de roedores está associada à destinação inadequada dos RSU e pode favorecer a ocorrência de doenças como a leptospirose, impactando a saúde humana (PORTO, 2001; DEUS, LUCA e CLARKE, 2004).

Diante desse contexto, o presente estudo teve como objetivo caracterizar os RSU depositados em terrenos baldios da cidade de Chapecó (SC) quanto à frequência, a origem e a classificação.

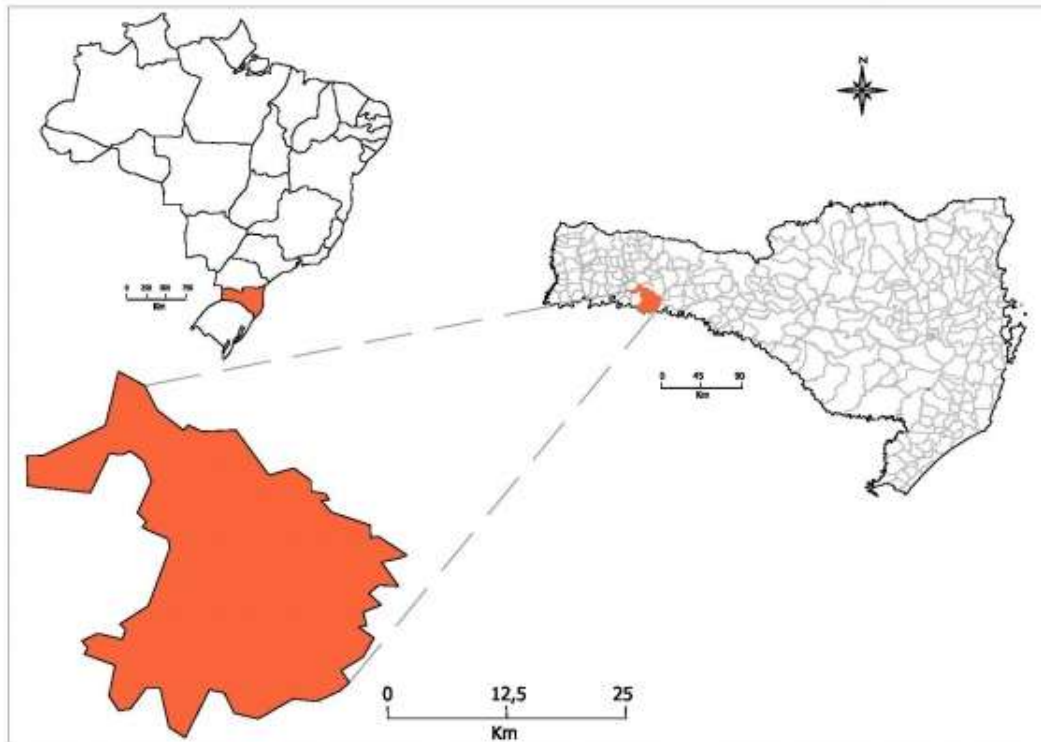
## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **LOCAL DE ESTUDO**

O município de Chapecó (27°5'47"S, 52°37'6"W) situa-se na região oeste do Estado de Santa Catarina, a aproximadamente 600 km de Florianópolis (Figura 1). Caracteriza-se como um polo agroindustrial do sul do Brasil. Representa o centro econômico, político e

cultural do oeste do catarinense. Conta com uma área urbana de 625,60 km<sup>2</sup> (CHAPECÓ, 2015) e uma população estimada em 205.789 habitantes (IBGE, 2015). Existem aproximadamente 3.500 terrenos baldios na cidade. Estes se encontram cobertos por vegetação rasteira, gramíneas e pequenos arbustos, bem como áreas remanescentes de vegetação nativa (CHAPECÓ, 2015).

**Figura 1** - Localização geográfica do município de Chapecó, SC.



**Fonte:** IBGE, 2015.

## COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de maio a junho de 2016. O estudo foi desenvolvido em 10 bairros previamente selecionados a partir do cadastro de Reconhecimento Geográfico do Programa Municipal de Prevenção à Dengue (PMCD). Foram selecionados bairros distribuídos aproximadamente equidistantes, distribuídos em toda a zona urbana do Município. Os bairros representam 30% dos bairros da cidade. Na região sul foi incluído o Bairro Seminário. Na região Oeste, os Bairros Efapi e Parque das Palmeiras. Na região Norte, os Bairros Alvorada, Eldorado e Líder. A região Leste foi contemplada pelos Bairros São Pedro e Bom Pastor. Na região central foram incluídos os Bairros Maria Goretti e Passo dos Fortes.

Foi avaliado um total de 100 TB, sendo um número de 10 por bairro. A escolha dos TB em cada bairro deu-se de forma aleatória a partir de sorteio dentre os TB cadastrados pelo PMCD. Para a caracterização dos RSU quanto a origem e classificação foi utilizada uma lista de verificação construída pelos próprios autores com base na NBR 10004 (ABNT,

2004). A identificação quanto à origem deu-se conforme Casarin (2013) e classificação de acordo com a NBR 10004 (ABNT, 2004) e Beck (2009). O acesso aos TB foi efetuado concomitantemente com o trabalho das Agentes de Combate às Endemias da Secretaria de Saúde do Chapecó. Pequenos objetos metálicos, papeis, plásticos e vidros foram recolhidos em sacos plásticos e pesados em balança digital portátil no próprio TB. Embalagem de pesticidas, lâmpadas, pilhas e baterias, espumas, isopor, madeiras (fragmentos maiores de 1m), pneus, peças de automóveis, roupas e calçados foram contados. Resíduos orgânicos e entulhos da construção civil foram registrados quanto à presença ou ausência.

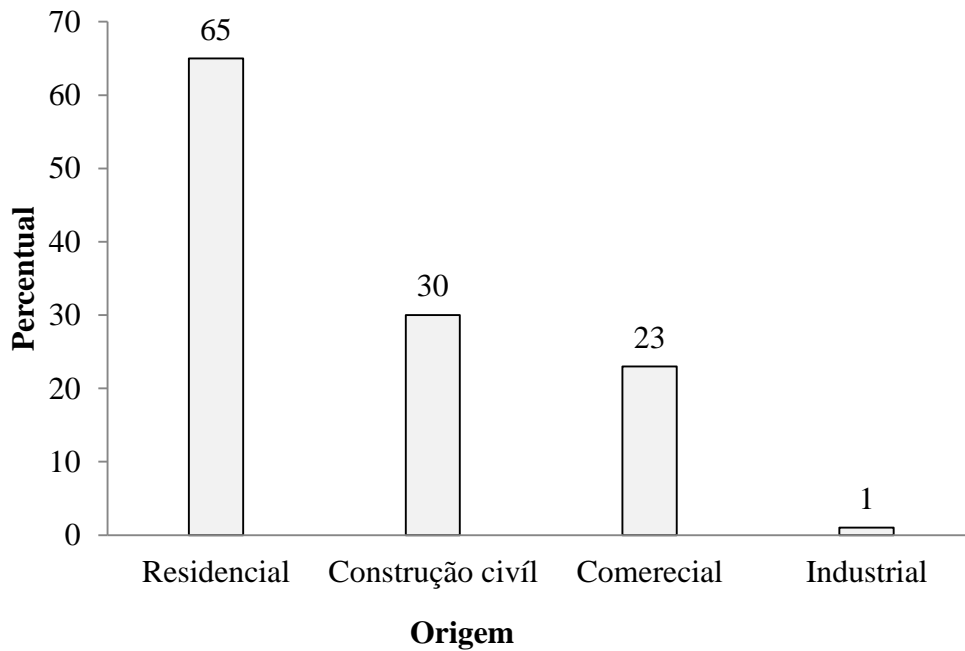
## ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram tabulados e organizados em um banco de dados utilizando-se o Software *Excel for Windows*. Foi realizada uma análise estatística exploratória baseada nas frequências, ilustrada por tabelas e gráficos e mantidos aqueles que melhor responderam aos objetivos propostos. A associação dos RSU (isopor, metais, papeis, vidros e plásticos) com os bairros foi avaliada através de uma Análise de Componentes Principais (PCA). Os dados foram previamente transformados em Log (x+1), padronizados e analisados com o auxílio do programa estatístico Past (HAMMER, HARPER e RIAN, 2001). Os demais resíduos foram excluídos da análise em função da irregularidade apresentadas nas amostras.

## RESULTADOS

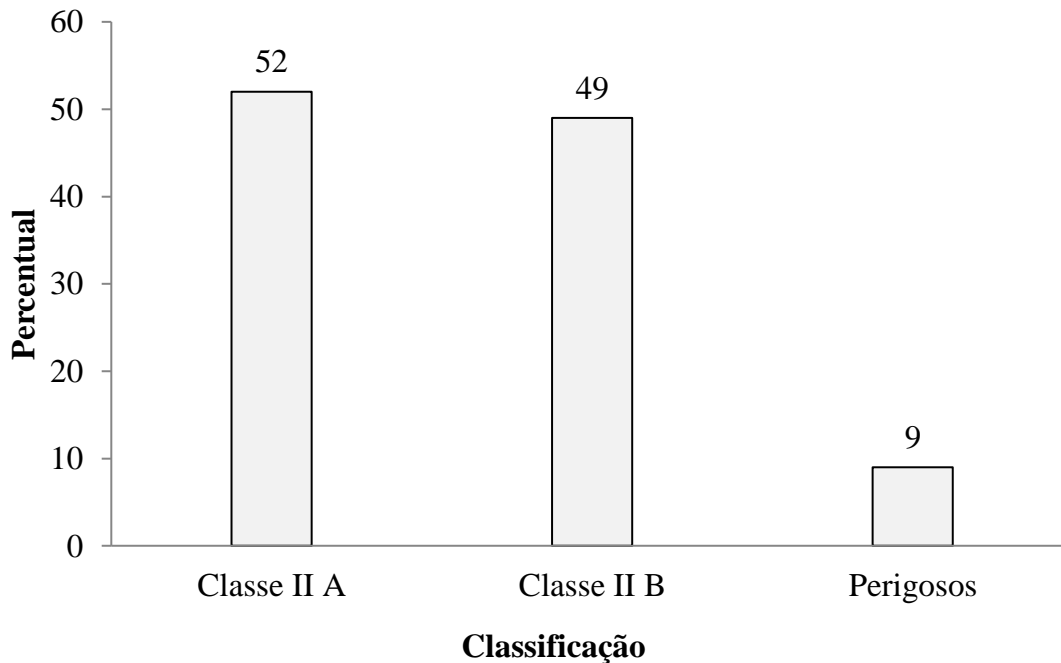
Ao todo, em 72% dos TB foram encontrados RSU. Observou-se uma diversidade quanto à origem, com destaque para a residencial (65%), seguido por resíduos da construção civil (30%), comercial (23%) e industrial (1%) (Figura 2). Os resíduos sólidos de origem residencial foram representados pelos resíduos orgânicos, móveis, eletrodomésticos e vestimentas. Dentre os resíduos da construção civil destacam-se latas de tinta, tijolos, azulejos e madeiras. De origem comercial, as peças de veículos, baterias, pneus e borrachas.

**Figura 2** - Percentual em relação à origem dos RSU encontrados no município de Chapecó, SC no período de maio a junho de 2016.



Quanto à classificação dos RSU, a classe IIA foi a mais abundante com 52%, seguido da classe IIB com 49% e resíduos perigosos com 9% (Figura 3).

**Figura 3** – Percentual em relação à classificação dos Resíduos sólidos encontrados no município de Chapecó, SC nos períodos de maio a junho de 2016.



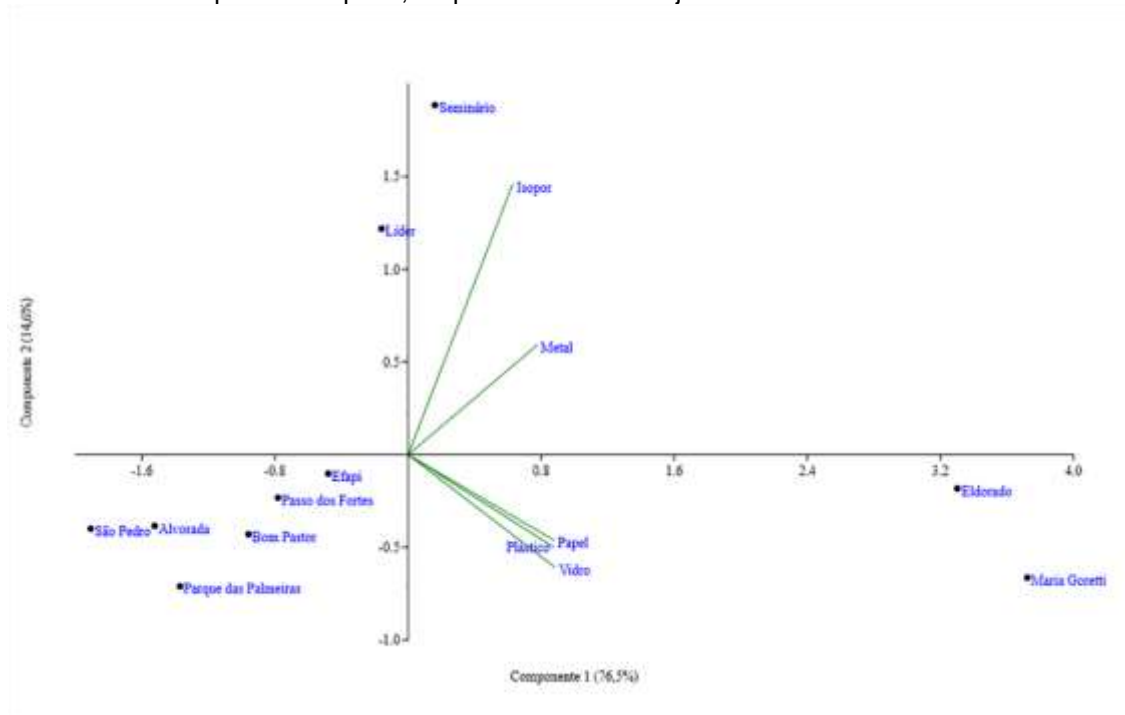
Os resíduos perigosos foram representados por lâmpadas, pilhas e baterias e embalagens de pesticidas. Resíduos pertencentes à classe IIA foram representados majoritariamente por plásticos (40%), papel (34%) e metais (29%). Resíduos da classe IIB foram representados por vidros (35%) e por entulhos da construção civil em (30%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Frequência dos resíduos encontrados em terrenos baldios no município de Chapecó (SC), maio e junho de 2016.

| <b>Classificação</b>                 | <b>Frequência (%)<br/>nos TB</b> | <b>Média ± EP<br/>(unidades ou peso)</b> |
|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| <b>Classe I - Resíduos perigosos</b> |                                  |  |
| Embalagem de pesticidas (unidades)   | 3                                | 0,03 ± 0,02                              |
| Lâmpadas (unidades)                  | 4                                | 0,07 ± 0,04                              |
| Pilha e baterias (unidades)          | 2                                | 0,04 ± 0,03                              |
| <b>Resíduos não perigosos</b>        |                                  |  |
| <b>Classe II A (não inertes)</b>     |                                  |  |
| Espumas (unidades)                   | 8                                | 0,29 ± 0,13                              |
| Isopor (unidades)                    | 18                               | 0,43 ± 0,12                              |
| Madeiras (unidades)                  | 13                               | 0,88 ± 0,30                              |
| Metais (kg)                          | 29                               | 0,78 ± 0,23                              |
| Orgânicos                            | 18                               |  |
| Papel (kg)                           | 34                               | 0,63 ± 0,13                              |
| Pneus (unidades)                     | 2                                | 0,02 ± 0,01                              |
| Plástico (kg)                        | 40                               | 3,60 ± 0,75                              |
| Peças de automóveis (unidades)       | 14                               | 0,20 ± 0,06                              |
| Roupas e calçados (unidades)         | 16                               | 1,36 ± 0,88                              |
| Outros (unidades)                    | 16                               | 0,25 ± 0,07                              |
| <b>Classe II B (inertes)</b>         |                                  |  |
| Entulhos da construção civil         | 30                               |  |
| Vidro (kg)                           | 35                               | 1,36 ± 0,51                              |

Os resíduos de isopor e metais ocorreram positivamente associados com as amostras localizadas nos Bairros Seminário (região sul) e Líder (região norte), enquanto que os resíduos como papel, vidro e plástico se associaram de forma positiva com os Bairros Eldorado (região norte) e Maria Goretti (região central). Os demais resíduos ocorreram independentemente dos bairros avaliados.

**Figura 4** - Associação pelo método de Análise de Componentes Principais (PCA), dos RSU em TB de 10 Bairros do município de Chapecó, no período de maio a junho de 2016.



## DISCUSSÃO

Foram encontrados RSU em 72 dos 100 TB avaliados. Resíduos de origem residencial foram observados com maior frequência assim como aqueles pertencentes à classe IIA (não perigosos e não inertes). Chama a atenção a presença de resíduos perigosos em 9% dos TB. A ocorrência dos RSU foi verificada de forma heterogênea entre as regiões da cidade, sendo que quatro bairros apresentaram associações claras com resíduos específicos. Os TB dos demais seis bairros apresentaram os RSU, independentemente do tipo e quantidade.

Sobre a frequência da disposição de RSU em TB, Costa e Fonseca (2009) e Jacobi e Basen (2011) relatam que a geração de resíduos vem aumentando pela diversidade cada vez maior das atividades e demandas humanas. A carência de ações de educação ambiental voltadas para a sensibilização da população quanto à gestão ambientalmente correta dos RSU de origem doméstica podem explicar a elevada ocorrência de resíduos desta natureza nos TB (JACOBI, 2003). A frequência com que foram registrados RSU da construção civil e de origem comercial indicam fragilidades no processo de fiscalização pelos órgãos responsáveis.

Os danos causados pelo descarte de RSU vão além dos impactos sobre a sustentabilidade ambiental e sobre a saúde humana. Delmont (2007) descreve o descarte de RSU como desperdício de matérias primas. Materiais como papéis, plásticos, metais, pneus, vidros, espumas, madeiras e isopor podem ser reciclados ou reutilizados para outras finalidades reduzindo o impacto ambiental sobre as fontes primárias destes recursos na natureza. A separação adequada na origem pode evitar a contaminação dos resíduos e

---

agregar maior valor aos RSU recicláveis (NEVES, 2017). A mistura de resíduos orgânicos junto com materiais recicláveis compromete a efetividade do trabalho dos catadores, eleva os riscos de contaminação e de doenças para estes trabalhadores e potencializa a proliferação de roedores e de insetos onde os resíduos são depositados (LUTINSKI e SOUZA, 2009).

Mascarenhas (2009) descreve que o acúmulo inadequado dos RSU agride diretamente o meio ambiente. A amostragem de resíduos perigosos representa um indicativo dos riscos à saúde pública e ao comprometimento da qualidade ambiental. A disposição inadequada de embalagens de pesticidas, lâmpadas, pilhas e baterias nos TB destaca a necessidade de avaliação da efetividade local dos instrumentos legais que determinam a logística reversa destes resíduos, assim como da sensibilização da população para a destinação correta. A contaminação do solo e da água representa a principal ameaça que dos resíduos Classe I (GALBIATI, 2001).

Chapecó vem apresentando elevados índices de infestação pelo mosquito *A. aegypti* e, dentre os fatores ambientais predisponentes, observa-se como a principal causa o lixo depositado em quintais, TB e espaços públicos (LUTINSKI *et al.*, 2013). Este cenário fez com que o município tivesse que enfrentar seguidos surtos de Dengue e, em 2016 uma epidemia desta doença. Casos de febre Chikungunya e Zika vírus também tem sido registrados (LUTINSKI *et al.*, 2013; SANTA CATARINA, 2016). Materiais como plásticos, pneus, objetos de metal e isopor estão entre os mais importantes criadouros para este vetor e frequentes nas amostras deste estudo, indicando a importante associação entre os RSU depositados nos TB e os riscos à saúde da população. Situação semelhante tem sido registrada para os casos de leptospirose, transmitida por roedores.

Hegel e Cornélio (2013) retratam a relação de interdependência dos catadores e do processo de gestão dos RSU. Os catadores encontram na reciclagem uma forma de subsistência ao passo que a geração cada vez mais complexa dos RSU e a busca pela sustentabilidade ambiental demandam de trabalhadores que façam o serviço da separação, reaproveitamento e reciclagem. Embora existam 14 centros de reciclagem na cidade de Chapecó, uma população de aproximadamente 500 catadores e um plano municipal de gestão dos resíduos (CHAPECÓ, 2015), fica evidente, a partir dos resultados encontrados, a fragilidade na participação e responsabilização da sociedade no processo de gestão dos RSU. O percentual de TB com RSU e a diversidade destes resíduos quanto à origem e classificação permitem inferir que há um descomprometimento da população, apesar das campanhas voltadas para a conservação ambiental e para a prevenção dos agravos à saúde decorrentes da gestão inadequada dos RSU.

A presença de RSU em TB de todas as regiões da cidade aponta a necessidade de campanhas amplas de mobilização da sociedade em torno do tema. A região central conta com contêineres para a deposição dos RSU, separados em recicláveis e inorgânicos. Nos bairros periféricos estão situados todos os centros de reciclagem. Todo o município conta com a coleta regular de RSU orgânicos e recicláveis em dias alternados e amplamente divulgados. O município conta com um Ecoponto específico para a gestão dos



pneus inservíveis e um centro para recebimento de móveis inutilizados, eletrônicos, podas de árvores, entulhos e outros (CHAPECÓ, 2015). Contudo, isso não parece ser o suficiente para que resíduos de diferentes naturezas sejam descartados em TB, independentemente do zoneamento.

## CONCLUSÃO

Os resultados apontam a necessidade de efetivação do plano municipal de gestão de resíduos. Fica evidente a necessidade de campanhas educativas regulares para a separação e para a destinação ambientalmente correta dos RSU, tanto de origem residencial, quanto comercial e da prestação de serviços. Fica evidente o descompromisso da população com a conservação do ambiente e a prevenção de agravos à saúde ao depositarem RSU de diferentes classificações em TB da cidade.

Além da implantação do plano municipal de gestão de resíduos pela administração pública, fica evidente a necessidade da responsabilização da sociedade civil e organizada como parceiros na gestão. Cabe ao poder público a fiscalização e a imputação das sanções legais previstas na legislação aos casos omissos.

A gestão dos RSU também envolvem questões sociais e culturais. As questões socioeconômicas podem explicar a deposição de RSU em TB pela impossibilidade de levar pneus, móveis e resíduos da construção civil até os pontos de coleta ou a contratação de serviços especializados para esta destinação. Questões culturais podem explicar o não reconhecimento por algumas pessoas de que a disposição de RSU em TB representam os problemas que de fatos se constituem.

Os resultados deste estudo apontam fragilidades na gestão participativa dos resíduos na cidade de Chapecó. Apesar dos esforços da administração pública, materializados pelas campanhas educativas e pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias, a maioria dos TB da cidade representam locais para depósitos para RSU. A compreensão destas fragilidades poderá subsidiar as ações da gestão dos RSU, campanhas de educação ambiental e de responsabilização social. Os resultados podem também servir como base teórica para a fundamentação das políticas públicas de gestão dos RSU em outros municípios e estados. No que tange os resíduos perigosos, os resultados apontam para a necessidade de uma reflexão acerca da efetividade das políticas de logística reversa no Brasil como um todo.

## REFERÊNCIAS

ABNT. **NBR 10004: Classificação dos resíduos sólidos**. Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Normas Técnicas, 2004.

BECK, C. G. Problemática dos resíduos sólidos urbanos do município de João Pessoa:

---

Aplicação do Modelo P-E-R. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v. 8, n. 3, p. 1-15, 2009.

BESEN, G. R. **Coleta seletiva com inclusão de catadores: construção participativa de indicadores e índices de sustentabilidade**. Faculdade de Saúde Pública da USP. 274 f. Tese (pós-graduação), 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em Saúde no Brasil – Relatório Final**. 2008. CNDSS. Disponível em: <<http://determinantes.saude.homolog.bvs.br/lildbi/docsonline/6/1/016-Relatorio.pdf>> Acesso em: 10 fev. 2016.

CASTILHO, M.; BARCELÓ, D. Characterization of organic pollutants in textile wastewaters and landfill leachate by using toxicity – based fractionation methods followed by liquid gas chromatography coupled to mass spectrometric detection. **Analytical chemical acta**, v.426, p.253–264, 2001.

CHAPECÓ. **Prefeitura de Chapecó**. 2015. Disponível em:< <https://www.chapeco.sc.gov.br/>> Acesso em: 15 nov. 2016.

CNI, Confederação Nacional da Indústria. **Visão da indústria Brasileira sobre a Gestão de resíduos sólidos**. Brasília: CNI, 2014. 218p.

COSTA, W. M. da; FONSECA, M. C. G. da. A importância do gerenciamento dos resíduos hospitalares e seus aspectos positivos para o meio ambiente. **Hygeia**, v. 5, n. 9, p. 12- 31, 2009.

DELMONT, L. G. **Análise dos impactos econômicos oriundos da reciclagem de resíduos sólidos urbanos para a economia brasileira no ano de 2004: uma abordagem insumo-produto**. Universidade Federal da Bahia, Dissertação (Mestrado em Economia). 2007. 114 p.

DEUS, R. M.; BATTISTELLE, R. A. G.; SILVA, G. H. R. Resíduos sólidos no Brasil: contexto, lacunas e tendências. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, v. 20, n. 4, p. 685-698, 2015.

DEUS, A. B. S. de; LUCA, S.J. de; CLARKE, R. T. Índice de Impacto dos Resíduos Sólidos Urbanos na Saúde Pública (IIRSP): Metodologia e aplicação. **Engenharia Sanitária e Ambiental**, v. 9, n. 4, p. 329- 334, 2004.

FERES, A.; RODRIGUES, K. P. F. **Um click sobre a vida dos catadores de materiais recicláveis no lixão de Vilhena**. Rondônia: Universidade federal de Rondônia, Monografia de Bacharelado. 2012. 97 p.

GALBIATI, A. F. **Gerenciamento integrado de resíduos sólidos e reciclagem**. Instituto de Permacultura Cerrado-Pantanal, 2001. 10 p.

HAMMER, O.; HARPER, D. A. T.; RIAN, P. D. **Past: Palaeontological statistics software package for education and data analysis**. Versão1.37. 2001. Disponível em: <[http://palaeo-electronica.org/2001\\_1/past/issue1\\_01.htm](http://palaeo-electronica.org/2001_1/past/issue1_01.htm)>. Acesso em: 23 mar. 2016.

HEGEL, C. G. Z.; CORNÉLIO, P. F. O. Resíduos sólidos urbanos: depósitos irregulares

no município de Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista de gestão e sustentabilidade ambiental**, v. 2, n. 1, p. 5-19, 2013.

IBGE. **Estimativa da população por município de Santa Catarina**. 2015. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br>>. Acesso em: 08 fev. 2015.

JACOBI, P. Educação ambiental, cidadania e sustentabilidade. **Cadernos de Pesquisa**, v. 118, p. 189-205, 2003.

JACOBI, P. R.; BESEN, G. R. Gestão de resíduos sólidos em São Paulo: desafios da sustentabilidade. **Estudos avançados**, v. 25, n. 71, p. 135-158, 2011.

KGATHI, D. L.; BOLAANE, B. Instruments for sustainable solid waste management in Botswana. **Waste Management & Research**, v. 19, p. 342-353, 2001.

LOPES, J. **Estudos da potencialidade de processos oxidativos avançados, isolados e integrados com processos biológicos tradicionais para tratamento de chorume de aterro sanitário**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Dissertação (mestrado). 2005. 229 p.

LOPES, W. S.; LEITE, V. D.; PRASAD, S. Avaliação dos impactos ambientais causados por lixões: um estudo de caso. In: **Congresso de Engenharia Sanitária e Ambiental**, 2000, Porto Alegre. Anais... Porto Alegre/RS: ABES, p.1-7, 2000.

LUTINSKI, J. A.; ZANCHET, B.; GUARDA, C.; CONSTANCI, C.; FRIEDRICH, D. V.; CECHIN, F. T. C.; BONES, I. A.; SOUZA, M. F. de; BALSAN, S. T.; ZARYCHTA, S. M.; BUSATO, M. A. Infestação de mosquito *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae) na cidade de Chapecó – SC. **Biotemas**, v. 26, n. 2, p. 143-151, 2013.

LUTINSKI, J. A.; SOUZA, M. F. **Avaliação do sistema de coleta de resíduos recicláveis realizado por catadores e suas implicações sociais, econômicas, ambientais e sanitárias na cidade de Chapecó - SC**. Faculdades Alternativas Santo Augusto, Monografia (pós- graduação). 2009. 56p.

MASCARENHAS, L. M. A. Meio Ambiente: a configuração dos riscos da modernidade e os direitos difusos. **Revista dos Tribunais**, v. 14, n. 54, p. 185-204, 2009.

MUCELIN, C. A.; BELLINI, M. Lixo e impactos ambientais perceptíveis no ecossistema urbano. **Sociedade & Natureza**, v. 20, n. 1, p. 111-124, 2008.

NEVES, L. M.; LUTINSKI, J. A.; QUADROS, S. O. de.; BUSATO, M. A.; FERRAZ, L. Catadores de materiais recicláveis: perfil social e riscos à saúde associados ao trabalho. **Hygeia**, v. 13, n. 24, p. 162-174, 2017.

PORTO, M. F. A. Aspectos Qualitativos do Escoamento Superficial em Áreas Urbanas. In: TUCCI, C. E. M.; PORTO, R. L. L.; BARROS, M. T. **Drenagem Urbana**. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS/ABRH, 2001.

RENOU, S.; GIVAUDAN, S.; POULAIN, F.; DIRASSOUYAN, P.; MOULIN, P. Landfill leachate treatment: review and opportunity. **Journal of Hazardous Materials**, v. 150, p. 468- 493, 2008.

ROCHA, L.; NISHIYAMA, L. Qualidade das águas superficiais e subterrâneas em

---

voçoroca ocupada por resíduos sólidos urbanos – Uberlândia (MG). **Observatorium: Revista Eletrônica de Geografia**, v. 4, n. 12, p. 107–127, 2012.

ROMANSINI, S. R. M. **O catador de resíduos sólidos recicláveis no contexto da sociedade moderna**. Criciúma: Universidade do Extremo Sul Catarinense, Dissertação (pós – graduação). 2005. 69 p.

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE). Secretaria de Estado da Saúde: Superintendência de Vigilância em Saúde. **Informações Dengue**. 2016. Disponível em: <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/zoonoses>. Acesso em: 10 abr. 2016.

SIQUEIRA, T. M. O. de; ASSAD, M. L. R. C. L. Compostagem de resíduos sólidos urbanos no estado de São Paulo (Brasil). **Ambiente & Sociedade**, v. XVIII, n. 4 p. 243-264, 2015.

# CONSUMO DE ALIMENTOS PROCESSADOS E ULTRAPROCESSADOS POR ESCOLARES DE ARROIO DO TIGRE, RS

## PROCESSED AND ULTRA-PROCESSED FOODS INTAKE FOR STUDENTS OF ARROIO DO TIGRE, RS

Rubiane Inara Wagner<sup>1</sup>  
Patrícia Molz<sup>2</sup>  
Camila Schreiner Pereira<sup>3</sup>

Recebido em: 05 set. 2017  
Aceito em: 20 jun. 2018

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi comparar a frequência do consumo de alimentos processados e ultraprocessados e verificar a associação entre estado nutricional por adolescentes do ensino público e privado do município de Arroio do Tigre, RS. Trata-se de um estudo transversal realizado com adolescentes, com idade entre 10 e 15 anos, de uma escola pública e uma privada de Arroio do Tigre, RS. O estado nutricional foi avaliado pelo índice de massa corporal. Aplicou-se um questionário de frequência alimentar contendo alimentos processados e ultraprocessados. A amostra foi composta por 64 adolescentes com idade média de 12,03±1,15 anos, sendo 53,1% da escola pública. A maioria dos adolescentes encontravam-se eutróficos ( $p=0,343$ ), e quando comparado com o consumo de alimentos processados e ultraprocessados, a maioria dos escolares eutróficos relataram maior frequência no consumo de balas e chicletes (50,0%) e barra de cereais (51,0%), de 1 a 3 vezes por semana ( $p=0,004$ ;  $p=0,029$ , respectivamente). Houve também uma maior frequência de consumo de alimentos processados e ultraprocessados como pizza (73,5%;  $p<0,001$ ), refrigerante (58,8%;  $p=0,036$ ) e biscoito recheado (58,8%;  $p=0,008$ ) entre 1 a 3 vezes por semana na escola pública em comparação a escola privada. O consumo de suco de pacote ( $p=0,013$ ) foi relatado não ser consumido pela maioria dos alunos da escola particular em comparação a escola pública. Os dados encontrados evidenciam um consumo expressivo de alimentos processados e ultraprocessados pelos adolescentes de ambas as escolas, destacando alimentos com alto teor de açúcar e sódio.

**Palavras-chave:** Hábitos alimentares. Adolescentes. Alimentos industrializados.

**ABSTRACT:** The objective of this study was to compare the frequency of consumption of processed and ultraprocessed foods and to verify the association between nutritional status by adolescents from public and private schools in the municipality of Arroio do Tigre, RS. This was a cross-sectional study conducted with adolescents, aged 10 to 15 years, from a public school and a private school in Arroio do Tigre, RS. Nutritional status was assessed by body mass index. A food frequency questionnaire

<sup>1</sup> Nutricionista. Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil E-mail: [rubianewagner@hotmail.com](mailto:rubianewagner@hotmail.com).

<sup>2</sup> Nutricionista. Mestre em Promoção da Saúde, pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. Doutoranda em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil. E-mail: [patrcia.molz@gmail.com](mailto:patrcia.molz@gmail.com).

<sup>3</sup> Nutricionista. Mestre em Promoção da Saúde, pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. Docente da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil. E-mail: [camilaschreiner@unisc.br](mailto:camilaschreiner@unisc.br).

containing processed and ultraprocessed foods was applied. The sample consisted of 64 adolescents with a mean age of  $12.03 \pm 1.15$  years, 53.1% of the public school. Most of the adolescents were eutrophic ( $p=0.343$ ), and when compared to the consumption of processed and ultraprocessed foods, most eutrophic schoolchildren reported a higher frequency of bullets and chewing gum (50.0%) and cereal bars (51.0%), 1 to 3 times per week ( $p=0.004$ ,  $p=0.029$ , respectively). There was also a higher frequency of consumption of processed and ultraprocessed foods such as pizza (73.5%,  $p<0.001$ ), refrigerant (58.8%,  $p=0.036$ ) and stuffed biscuit (58.8%,  $p=0.008$ ) between 1 to 3 times a week in public school compared to private school. Consumption of packet juice ( $p=0.013$ ) was reported not to be consumed by the majority of private school students compared to public school. Conclusion: The data found evidenced an expressive consumption of processed and ultraprocessed foods by the adolescents of both schools, highlighting foods with high sugar and sodium content.

**Keywords:** Food Habits. Adolescents. Industrialized Foods.

## INTRODUÇÃO

O Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, convive atualmente com a transição nutricional, determinada pela frequente má-alimentação. Pesquisas de base populacional têm demonstrado uma tendência contínua de redução da desnutrição no país, juntamente com o aumento do excesso de peso em diferentes fases da vida (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008). Segundo dados obtidos através de pesquisas sobre a evolução da disponibilidade de alimentos em domicílios brasileiros, as principais alterações na alimentação da população envolvem a diminuição significativa do consumo de itens tradicionais, como o arroz e o feijão, e a crescente ingestão de alimentos processados industrialmente, caracterizando refeições com maior densidade energética, comprometendo o balanço energético, e aumentando o risco de obesidade na população (IBGE, 2004; LEVY-COSTA, 2005).

Devido ao aumento da produção e consumo de alimentos processados industrialmente, foi desenvolvida uma nova classificação dos alimentos, de acordo com a sua extensão do processamento industrial. Sendo esses dispostos em três grupos: i) minimamente processados, que englobam os alimentos que não sofreram alteração na sua composição inicial; ii) alimentos processados, aqueles que passaram por algum processo de refinação ou extração de algum ingrediente para a formação de outro, porém, utilizando matéria prima de apenas um alimento; e iii) alimentos ultraprocessados que agregam ingredientes de vários tipos de alimentos, para a composição de apenas um, geralmente são produtos pré-prontos ou prontos para consumo (MONTEIRO et al., 2010).

O crescimento desenfreado do consumo de alimentos ultraprocessados em todo o mundo vem gerando impactos negativos em alguns fatores importantes para a sociedade, principalmente na questão cultural, pois está desmerecendo os costumes relacionados ao ato de comer, sendo também um dos grandes responsáveis pela epidemia global de obesidade, diabetes e outras doenças crônicas, que vem atingindo cada vez com mais frequência crianças e adolescentes, além da população adulta e idosa (MONTEIRO;

CASTRO, 2009).

As práticas alimentares, incorporadas no dia-a-dia, contribuem para a modificação da alimentação da população, formando um novo padrão alimentar, influenciados diretamente pelo poder aquisitivo, praticidade e publicidade (DIEZ GARCIA, 2003). A adoção de hábitos alimentares não saudáveis é mais comum nas classes sociais mais elevadas, também devido ao custo mais elevado do que os alimentos tradicionais (NUNES; FIGUEIROA; ALVES, 2007).

Os hábitos alimentares são incorporados na infância e acentuados na adolescência, portanto, nesses períodos se estabelece o padrão alimentar levado para toda a vida (TRAEBERT et al., 2004). A adolescência é o período em que ocorrem as modificações corporais, passando da fase infantil, para a fase adulta, estas modificações envolvem fatores genéticos, ambientais, sociais, culturais e nutricionais, estando elas relacionadas com o aumento da massa corporal e desenvolvimento físico, ocorrendo também a maturação dos órgãos e sistemas (BIANCULLI, 1995).

O estado nutricional dos adolescentes está diretamente relacionado ao seu crescimento e desenvolvimento adequado, o que gera certa preocupação em acompanhar e avaliar a qualidade da sua dieta (BERTIN et al., 2008).

Este estudo teve como objetivo avaliar e comparar a frequência do consumo de alimentos processados e ultraprocessados e verificar a sua relação com excesso de peso entre adolescentes no ensino público e privado de Arroio do Tigre – RS.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Foi realizado um estudo transversal com adolescentes, entre 10 e 15 anos de idade, matriculados nos 6º, 7º e 8º anos de uma escola privada e uma escola pública do município de Arroio do Tigre (RS). Foram incluídos no estudo, aqueles adolescentes que aceitaram participar, bem como, foram autorizados por seus pais ou responsáveis legais a participar do estudo, através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados ocorreu durante o mês de março do ano de 2015. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, RS (CAEE: 38229814.1.0000.5343).

Para avaliação antropométrica foram aferidos: o peso (kg) através de balança portátil, com carga mínima de 1kg e máxima de 150kg, e a estatura, através de fita métrica, inelástica, fixada na parede em linha reta. Os participantes estavam descalços, com os braços dispostos ao lado do corpo, em posição ereta. A classificação do estado nutricional foi realizada através do índice de massa corporal para a idade (IMC/I) segundo a faixa etária e sexo (BRASIL, 2011).

Para a avaliação do consumo alimentar, os adolescentes foram orientados a responder um Questionário de Frequência Alimentar (QFA), com questões fechadas,

elaboradas pela pesquisadora com base em 28 alimentos descritos como processados ou ultraprocessados, onde cinco alimentos são classificados como processados e 23 alimentos como ultraprocessados (MONTEIRO et al., 2010; BRASIL, 2014), sendo eles, alimentos em conserva (pepino, azeitona, ervilha, milho, picles), peixe enlatado, queijo, doces em calda (pêssego, abacaxi, figo), embutidos (mortadela, presunto, salsicha), gelatina, hambúrguer, macarrão instantâneo, molhos prontos (maionese, mostarda, *catch up*), *nuggets*, pizza, refrigerante, salgadinho de pacote, salgadinhos fritos (pastel, rissoles, enroladinho), sorvete, suco de pacote (em pó), suco industrializado (de caixinha), *waffer*, balas e chicletes, barra de cereais, batata chips, bebidas lácteas açucaradas, biscoitos, biscoitos recheados, bolo, cereal matinal, chocolate e açúcar. Foi explicada detalhadamente a forma como o QFA deveria ser preenchido e em seguida, os adolescentes foram orientados a assinalar a alternativa correspondente à sua resposta. A frequência de consumo de alimentos processados e ultraprocessados observada foram classificadas como: nunca, 1 a 3 vezes por semana, 4 a 6 vezes por semana ou diariamente.

Após a coleta de dados, os adolescentes receberam orientações e um folder com os “10 Passos para uma Alimentação Saudável” (BRASIL, 2014).

Os dados antropométricos e do questionário alimentar aplicado foram tabulados e analisados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (versão 23.0). Realizou-se uma análise descritiva para caracterização da amostra e empregou-se o teste de Qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para diferenças de proporção entre os dados do questionário alimentar. Os valores foram expressos em média e desvio padrão e frequência, considerando um nível de significância de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014), deve-se evitar o consumo de alimentos processados e ultraprocessados devido às alterações desfavoráveis que estes processos causam à composição inicial dos alimentos, tornando-os nutricionalmente desbalanceados. Seu consumo deve ser limitado a pequenas quantidades, fazendo parte de uma refeição rica em alimentos *in natura* ou minimamente processados, não devendo ser consumidos em excesso ou substituindo refeições balanceadas.

O presente estudo demonstrou que existe uma grande frequência no consumo de alimentos processados e ultraprocessados por adolescentes, corroborando com os resultados encontrados por Silva, Teixeira e Ferreira (2012), no qual, balas e chicletes, barra de cereais, salgadinhos, biscoitos recheados, pizza e refrigerante faziam parte do dia a dia de mais de 50% dos estudantes avaliados.

Ao avaliar o estado nutricional, observou-se que 76,7% dos adolescentes do ensino privado e 76,5% do ensino público, apresentavam IMC dentro da normalidade (Tabela 1).



Pardo *et al.* (2013), encontraram dados semelhantes, no qual 65,5% dos adolescentes da escola pública e 51,2% da escola privada eram eutróficos. Outro estudo (Martins; Ferreira; Carvalho, 2014), avaliando adolescentes de uma escola privada de Maringá, PR, também verificou maior prevalência de adolescentes eutróficos (56,2%), porém, estes achados ainda são inferiores aos encontrados no presente estudo. Bertin *et al.* (2008) ao avaliar adolescentes de uma escola pública de São Mateus do Sul, PR, encontraram dados superiores ao do presente estudo, no qual observaram que 84,1% dos adolescentes eram eutróficos.

**Tabela 1.** Classificação do estado nutricional dos adolescentes avaliados.

|                | Baixo Peso | Eutrofia   | Excesso de peso* | <i>p</i> |
|----------------|------------|------------|------------------|----------|
| <b>Privada</b> | 1 (3,3%)   | 23 (76,7%) | 6 (20,0%)        | 0,343    |
| <b>Pública</b> | 4 (11,8%)  | 26 (76,5%) | 4 (11,8%)        |          |
| <b>Total</b>   | 5 (7,8%)   | 49 (76,6%) | 10 (15,6%)       |          |

\*sobrepeso e obesidade

A prevalência de excesso de peso foi maior em adolescentes matriculados na escola privada, concordando com dados encontrados em estudos recentes, onde escolas privadas apresentam maiores índices de sobrepeso e obesidade (PARDO *et al.*, 2013; MARTINS; FERREIRA; CARVALHO, 2014).

Ao comparar o consumo de alimentos processados e ultraprocessados por adolescentes, com o estado nutricional, observou-se uma associação com o consumo de balas e chicletes e de barra de cereais pelos escolares eutróficos (Tabela 2), concordando com dados observados por Vieira, Del Ciampo e Del Ciampo (2014), onde existe maior consumo de balas por adolescentes eutróficos matriculados em escolas públicas de Ribeirão Preto - SP, quando comparado a adolescentes com excesso de peso, da mesma forma que 51% dos estudantes matriculados em escolas privadas de São Paulo, consomem barras de cereais como lanche nos intervalos das aulas (MUTUK *et al.*, 2011).

**Tabela 2.** Distribuição da frequência de alimentos processados ou ultra processados segundo a classificação nutricional dos escolares.

|                          | Baixo peso | Eutrofia   | Excesso de peso | <i>p</i> |
|--------------------------|------------|------------|-----------------|----------|
| <b>Balas e chicletes</b> |            |            |                 |          |
| Nunca                    | 0 (0,0%)   | 4 (8,2%)   | 2 (20,0%)       | 0,004    |
| 1 a 3 vezes por semana   | 3 (60,0%)  | 25 (51,0%) | 0 (0,0%)        |          |
| 4 a 6 vezes por semana   | 0 (0,0%)   | 10 (20,4%) | 4 (40,0%)       |          |
| Todos os dias            | 2 (40,0%)  | 10 (20,4%) | 4 (40,0%)       |          |
| <b>Barra de cereais</b>  |            |            |                 |          |
| Nunca                    | 3 (60,0%)  | 19 (38,8%) | 4 (40,0%)       | 0,029    |
| 1 a 3 vezes por semana   | 1 (20,0%)  | 22 (44,9%) | 5 (50,0%)       |          |
| 4 a 6 vezes por semana   | 0 (0,0%)   | 8 (16,3%)  | 1 (10,0%)       |          |
| Todos os dias            | 1 (20,0%)  | 0 (0,0%)   | 0 (0,0%)        |          |

O QFA é considerado um dos métodos mais práticos para avaliação do consumo

alimentar de um grupo populacional por um determinado período de tempo, é rápido e de fácil aplicação, porém, pode apresentar algumas limitações, como baixo grau de entendimento, omissão ou viés de memória dos participantes (SLATER et al., 2003). Este pode ter sido um fator limitante do estudo, uma vez que foi respondido por adolescentes, que frequentemente omitem informações relacionadas a sua alimentação, bem como, por haver a opção “nunca” podendo gerar confusão em relação aos alimentos que são consumidos com frequência menor a uma vez por semana.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por fim, podemos concluir com o presente estudo que existe uma alta frequência de consumo de alimentos processados e ultraprocessados por adolescentes tanto da rede privada, quanto da rede pública, não havendo diferença expressiva no consumo entre ambas as escolas. A relação entre consumo de alimentos processados e ultraprocessados foi inversamente proporcional ao excesso de peso, uma vez que os adolescentes com excesso de peso relataram nunca consumir a maior parte dos alimentos constantes no questionário. Poucos estudos avaliam somente o consumo de alimentos processados e ultraprocessados, da mesma forma que, poucos buscam avaliar o estado nutricional dos adolescentes, relacionando-o com o consumo destes alimentos. Neste sentido, sugerem-se mais investigações envolvendo o tema, bem como, que sejam realizadas intervenções em escolas, juntamente com os professores e pais, objetivando a conscientização em relação aos malefícios de uma alimentação rica nestes alimentos, a fim de evitar a obesidade nesta faixa etária e futuras complicações relacionadas a esta condição.

## **REFERÊNCIAS**

BERTIN, R. L.; KARKLE, E. N. L.; ULBRICH, A. Z.; STABELINI NETO, A.; BOZZA, R.; ARAUJO, I. Q.; DE CAMPOS, W. Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes da rede pública de ensino da cidade de São Mateus do Sul, Paraná, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* v.8, p. 435-43, 2008.

BIANCULLI, C. H. Crecimiento físico y endocrinología em la pubertad. In: Organización Panamericana de la Salud, editor. *La salud del adolescente y del joven.* Washington: DC; 1995. p. 87-94.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. *Guia alimentar para a população brasileira.* 2ed Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 256p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.* Brasília: Ministério da Saúde, 2011.76 p.

Coutinho JG, Gentil PC, Toral N. Malnutrition and obesity in Brazil: dealing with the problem through. *Cad Saúde Pública*. v. 24, Sup 2, p. S332-40, 2008.

DIEZ GARCIA, R. W. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. *Rev Nutr*. v. 16, n. 4, p. 483-92, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2004. [citado 2016 Aug 8]. Disponível em:  
<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv4472.pdf>

LEVY-COSTA, R. B.; SICHIERI, R.; PONTES, N. D.; MONTEIRO, C. A. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Rev Saúde Pública*. v. 39, n. 4, p. 530-40, 2005.

MARTINS, G. B.; FERREIRA, T. N.; CARVALHO, I. Z. Estado Nutricional e o Consumo Alimentar de Adolescentes de uma Escola Privada de Maringá-PR. *Saúde e Pesquisa*. v. 7, n. 1, p. 47-53, 2014.

MATUK, T. T.; STANCARI, P. C. S.; BUENO, M. B.; ZACCARELLI, E. M. Composição de Lanches de Alunos de Escolas Particulares de São Paulo. *Rev Paul Pediatr*. v. 29, n. 2, p. 157-63, 2011.

MONTEIRO, C. A.; CASTRO, I. R. Por que é necessário regulamentar a publicidade de alimentos. *Cienc Cult*. v. 61, n. 4, p. 56-9, 2009.

MONTEIRO, C. A.; LEVY, R. B.; CLARO, R. M.; CASTRO, I. R.; CANNON, G. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cad Saúde Pública*. v. 26, n. 11, p. 2039-49, 2010.

NUNES, M. M; FIGUEIROA, J. N.; ALVES, J. G. Excesso de peso, atividade física e hábitos alimentares entre adolescentes de diferentes classes econômicas em Campina Grande (PB). *Rev Assoc Med Bras*. v. 53, n. 2, p. 130-4, 2007.

PARDO, I. M.; MERCADANTE, M. P.; ZANATTA, M. F.; RAMOS, V. C.; NASCIMENTO, S. D.; MIRANDA, J. E. Prevalência de excesso de peso entre estudantes de ensino fundamental de escola pública e privada em Sorocaba, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013;8(26):43-50.

SILVA, J. G, TEIXEIRA, M. L.; FERREIRA, M. D. Alimentação e saúde: sentidos atribuídos por adolescentes. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. v. 16, n. 1, p. 88-95, 2012.

SLATER, B; PHILIPPI, S. T.; MARCHIONI, D. M.; FISBERG, R. M. Validação de Questionários de Frequência Alimentar-QFA: considerações metodológicas. *Rev Bras Epidemiol*. v. 6, n. 3, p. 200-8, 2003.

TRAEBERT, J.; MOREIRA, E. A.; BOSCO, V. L.; ALMEIDA, I. C. Transição alimentar: problema comum à obesidade e à cárie dentária. *Rev Nutr*. 2004;17(2):247-53.

VIEIRA, M. V.; DEL CIAMPO, I. R. L.; DEL CIAMPO, L. A. Hábitos e Consumo Alimentar Entre Adolescentes Eutróficos E Com Excesso de Peso. *Rev Bras Crescimento*

Desenvolv Hum. v. 24, n. 2, p. 157-162, 2014.

# CONHECIMENTO E PRÁTICAS PREVENTIVAS RELACIONADAS ÀS DOENÇAS ONCOLÓGICAS DE MULHERES CLIMATÉRICAS

## KNOWLEDGE AND PREVENTIVE PRACTICES RELATED TO ONCOLOGICAL DISEASES OF CLIMATERIC WOMEN

Ana Paula Tiecker<sup>1</sup>  
Evelise Moraes Berlezi<sup>2</sup>  
Daiana Meggiolaro Gewehr<sup>3</sup>  
Vanessa Adelina Casali Bandeira<sup>4</sup>

Recebido em: 05 dez. 2017

Aceito em: 22 jun. 2018

**RESUMO:** Introdução: Em decorrência da transição epidemiológica brasileira, o câncer atualmente é um problema de saúde pública, pela sua elevada morbimortalidade. Objetivo: Verificar o conhecimento e práticas preventivas relacionadas às doenças oncológicas em mulheres climatéricas. Materiais e métodos: A pesquisa seguiu um delineamento transversal analítico, realizado com mulheres de idade entre 35 e 65 anos com cadastro ativo nas unidades de Estratégia Saúde da Família da área urbana de um município de médio porte da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul/Brasil. Foram selecionadas 197 mulheres do banco de dados da pesquisa “Envelhecimento Feminino”; que responderam ao questionário. Resultados: A média de idade das mulheres foi 51,22±7,71 anos. Observou-se que a renda familiar e a escolaridade têm associação com nível de conhecimento do câncer e suas causas. Sobre os fatores que causam o câncer 85,8% (169) relataram saber pelo menos uma causa; 34,5% (68) afirmaram que a equipe de saúde aborda o tema câncer; 69,5% (137) fazem com regularidade o autoexame de mama e 96,4% (190) já realizaram em algum momento o Papanicolau. Discussão: O conhecimento sobre o câncer e seus exames de detecção precoce tem relação diretamente proporcional com a motivação em relação ao cuidado em saúde. Conclusão: Os achados do estudo mostram que os usuários têm informação acerca do que é câncer e seus fatores de risco; porém é necessário que os profissionais de saúde trabalhem para que a informação se transforme em conhecimento capaz de mudar atitudes e comportamentos dos usuários.

**Palavras-chave:** Atenção Primária a Saúde. Envelhecimento. Diagnóstico precoce. Neoplasias.

---

<sup>1</sup> Graduanda do curso de Fisioterapia da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI. [anapaulatiecker@hotmail.com](mailto:anapaulatiecker@hotmail.com).

<sup>2</sup> Doutora em Gerontologia Biomédica, docente do Departamento de Ciências da Vida da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI. Docente do corpo permanente do Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde UNIJUI/UNICRUZ e do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Maria. Coordenadora da Pesquisa Envelhecimento Feminino. [evelise@unijui.edu.br](mailto:evelise@unijui.edu.br).

<sup>3</sup> Farmacêutica, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI e Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ. [daiagewehr@hotmail.com](mailto:daiagewehr@hotmail.com).

<sup>4</sup> Farmacêutica, Mestre em Atenção Integral à Saúde da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI e Universidade de Cruz Alta – UNICRUZ. [vanessa.acbandeira@yahoo.com.br](mailto:vanessa.acbandeira@yahoo.com.br). Autor Correspondente: Evelise Moraes Berlezi. Departamento de Ciências da Saúde; Rua do Comércio, 3000; Bairro Universitário; Ijuí- RS; CEP 98700 000. E-mail [evelise@unijui.edu.br](mailto:evelise@unijui.edu.br).

**ABSTRACT:** Introduction: As a result of the Brazilian epidemiological transition, cancer is currently a public health problem due to its high morbidity and mortality. Objective: To verify the knowledge and preventive practices related to oncological diseases in climacteric women attached to the Family Health Strategy (FHS). Method: The research followed an analytical cross-sectional design. The population was constituted of women aged between 35 and 65 years with an active registry in the Family Health Strategy units of the urban area of a medium-sized municipality in the northwest region of the state of Rio Grande do Sul, Brazil. A total of 197 women were selected from the database of the research "Female Aging", who answered the questionnaire. Results and discussion: The average age of the women was  $51.22 \pm 7.71$  years. It was observed that family income and schooling have an association with the level of knowledge about cancer and its causes. Regarding the factors that cause cancer, 85.8% (169) reported knowing at least one cause; 34.5% (68) stated that the health team addresses the issue of cancer; 69.5% (137) regularly performed breast self-exam and 96.4% (190) had already performed the Papanicolaou test at some point. Knowledge about cancer and its early detection exams is directly proportional to motivation in relation to health care. Conclusion: The findings of the study show that users have information about cancer and its risk factors; however, it is necessary that health professionals work so that information becomes knowledge capable of changing attitudes and behaviors of users.

**Keywords:** Primary Health Care. Aging. Early Diagnosis. Neoplasms.

## INTRODUÇÃO

Em decorrência da transição epidemiológica brasileira, o câncer atualmente é um problema de saúde pública, pela sua elevada morbimortalidade. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), no Brasil, estima-se que no período de 2016 a 2017 serão diagnosticados 600 mil casos novos de câncer; e destes, mais de 50% acometeram o sexo feminino. O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo. Esse tipo de câncer corresponde a 25% dos casos novos por ano. Ao observar a distribuição dessa doença no território brasileiro verifica-se que as maiores taxas de incidência e mortalidade ocorrem nas Regiões Sul e Sudeste e as menores nas Regiões Norte e Nordeste (INCA, 2014a; INCA, 2016).

O câncer é uma doença multifatorial e complexa que resulta da interação entre fatores genéticos, ambientais e estilo de vida. Neste contexto, há fatores de risco não modificáveis como história familiar, idade, sexo; e fatores modificáveis, que são responsáveis por mais de um terço das mortes por câncer; estes estão relacionados a alimentação, especialmente, com baixo consumo de frutas, legumes e verduras; a inatividade física; sobrepeso, obesidade e poluição (INCA, 2014b).

Além disso, a ocorrência de câncer está diretamente relacionada ao aumento da população idosa (INCA, 2016). O aumento desse tipo de doença na população geriátrica está associado, para além, da interação genética, ambiental e estilo de vida; ao próprio processo de senescência. Sabe-se que à medida que o organismo envelhece mecanismos protetores que identificam a transcrição de erros genéticos no processo de replicação

celular são menos eficientes; em organismos jovens há um potencial maior de identificação de erros de transcrição e quando evidenciado induz a morte celular programada (ITAHANA; DIMRI; CAMPISI, 2001).

Frente a esse problema de saúde pública a prevenção, pautada essencialmente, na adoção de um estilo de vida ativo e alimentação saudável parece ser o caminho para reduzir a incidência e mortalidade. Nesse contexto, ações de educação que estimulem o cuidado com a saúde e a adoção de comportamento preventivo são fundamentais para a detecção precoce e controle da doença. O câncer quando detectado em sua fase inicial tem maior probabilidade de cura e baixa morbidade decorrente do tratamento, ou seja, a detecção e tratamento precoce reduzem a chance de complicações e sequelas durante e pós-tratamento; além de reduzir o risco de metástases e mortalidade (GOMES, 2016).

No contexto das doenças oncológicas os exames preventivos periódicos são a forma mais eficiente de detectar lesões precursoras e fazer diagnóstico (INCA, 2017). Dados do Ministério da Saúde estimam que 40% das mulheres brasileiras nunca fizeram o exame Papanicolau, que detecta lesões precursoras de câncer de colo de útero e que é realizado nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2002).

Há evidências científicas que fatores como idade avançada, baixo nível socioeconômico, pertencer à raça negra ou parda e ser solteira associa-se a grupos populacionais que não realizam exames preventivos; além disso, questões culturais como o receio da dor, vergonha, desconhecimento do procedimento e do local de realização (BRISCHILIARI et al., 2012; LUCENA et al., 2011) também interferem na realização de exames preventivos. Conforme Rutledge et al. (2001) o aumento do conhecimento sobre o câncer de mama e de seus exames de detecção precoce aumentam a motivação em relação à saúde, podendo influenciar a prática da realização desses exames.

Considerando a heterogeneidade social, econômica, cultural, ambiental da população brasileira tomando como base as regiões federativas e, também, as diferenças dentro do território estadual justifica-se a proposição de diagnósticos populacionais do microterritório para que se conheça a realidade, as particularidades e as condições de saúde das populações. O diagnóstico populacional é o substrato para o planejamento e gestão do cuidado de indivíduos e populações de forma racionalizada e em todos os níveis de atenção; na perspectiva de maior resolutividade dos problemas de saúde. Neste contexto, o objetivo do estudo foi verificar o conhecimento e práticas preventivas relacionadas às doenças oncológicas em mulheres climatéricas adstritas a Estratégia Saúde da Família.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Estudo de delineamento transversal, analítico realizado por meio do acesso ao banco de dados da pesquisa institucional “Envelhecimento Feminino” da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), aprovada pelo Comitê de

---

Ética e Pesquisa, sob o Parecer Consubstanciado nº 294.456/2014.

A população da pesquisa foi constituída por mulheres, com idade entre 35 e 65 anos, período que corresponde ao climatério, adstritas às unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) da área urbana de um município de médio porte da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul/Brasil. Para o presente estudo, foram selecionadas 197 mulheres do banco de dados; o critério de seleção foi terem respondido ao questionário sobre as características sociodemográficas e do conhecimento acerca de fatores de risco e comportamento preventivo para doenças oncológicas. As informações que compõem o banco de dados foram coletados por meio de inquérito domiciliar pelas acadêmicas e docentes integrantes do projeto de pesquisa supracitado.

As variáveis de interesse foram: dados sociodemográficos: idade, escolaridade, renda familiar e estado civil; e questões referentes ao conhecimento das doenças oncológicas: Você tem conhecimento sobre o que é câncer?; Você saberia dizer 3 causas de câncer?; De onde você tem este conhecimento sobre as causas de câncer?; A equipe de saúde alguma vez já abordou este tema (câncer) com você?; Se este tema foi abordado em que situação isso ocorreu?; Você se considera uma pessoa que cuida da saúde como: cuidados com alimentação prática de atividade física, atividades para controle do stress entre outros?; Você com regularidade marca e comparece a consultas médicas ou de enfermagem para realizar exames?; Você foi ensinada pela equipe de saúde (médico/enfermeira/técnica de enfermagem/agentes comunitários) a fazer o autoexame da mama?; Você faz com regularidade o autoexame da mama?; Você sabe o que é o exame Papanicolau (o preventivo)?; Você já realizou o exame Papanicolau?; Quantas vezes já fez este exame?; Faz pelo menos uma vez no ano?; Onde realizou o exame Papanicolau?.

Para a análise dos dados foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (versão 20.0). Para variáveis quantitativas utilizaram-se medidas de tendência central, de dispersão e variabilidade; e para as variáveis qualitativas, frequências relativa e absoluta. Para testar a hipóteses de associações de duas variáveis utilizou-se o teste de qui-quadrado de Pearson com confiabilidade de 95%.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídas no estudo 197 mulheres, com média de idade  $51,22 \pm 7,71$  (IC 95% 50,14 – 52,30) anos. A maioria relatou renda igual ou superior a dois salários mínimos (45,6%); que residiam com companheiros (68,0%) e tinham baixa escolaridade (50,8%); ensino fundamental ou analfabetas funcionais.

A Tabela 1 mostra a associação entre as variáveis sociodemográficas com o conhecimento do que é câncer e os seus fatores de risco. Ao analisar a relação dessas variáveis os resultados sugerem que a renda familiar e a escolaridade possam ter influência sobre o nível de conhecimento da doença e suas causas.



**Tabela 1:** Associação das variáveis sociodemográficas com o conhecimento sobre o que é câncer e suas causas, Ijuí-RS, 2017.

|                               | Conhecimento sobre o que é câncer |              |          | Conhecimento sobre as causas do câncer |              |          |
|-------------------------------|-----------------------------------|--------------|----------|--|--------------|----------|
|                               | Sim<br>n (%)                      | Não<br>n (%) | <i>p</i> | Sim<br>n (%)                           | Não<br>n (%) | <i>p</i> |
| <b>Faixa etária</b>           |                                   |              |          |  |              |          |
| 35 – 50 anos                  | 78 (47,9)                         | 14 (41,2)    | 0,478    | 79 (46,7)                              | 13 (46,4)    | 0,975    |
| 51 – 65 anos                  | 85 (52,1)                         | 20 (58,8)    |          | 90 (53,3)                              | 15(53,6)     |          |
| <b>Estado Civil</b>           |                                   |              |          |  |              |          |
| Sem companheiro               | 51 (31,3)                         | 12 (35,3)    | 0,649    | 51 (30,2)                              | 12 (42,9)    | 0,183    |
| Com companheiro               | 112 (68,7)                        | 22 (64,7)    |          | 118 (69,8)                             | 16 (57,1)    |          |
| <b>Renda familiar</b>         |                                   |              |          |  |              |          |
| Abaixo de 2 SM                | 75 (49,7)                         | 23 (79,3)    | 0,003*   | 80 (50,6)                              | 18 (81,8)    | 0,005*   |
| Acima de 2 SM                 | 76 (50,3)                         | 6 (20,7)     |          | 78 (49,4)                              | 4 (18,2)     |          |
| <b>Escolaridade</b>           |                                   |              |          |  |              |          |
| Analfabetos e EF              | 73 (44,8)                         | 27 (79,4)    | 0,000*   | 77 (45,6)                              | 23 (82,1)    | 0,000*   |
| EM e ES incompleto e completo | 90 (55,2)                         | 7 (20,6)     |          | 92 (54,4)                              | 5 (17,9)     |          |

Fonte: Os pesquisadores

\* $p < 0,005$ .

SM: Salário Mínimo; EF: Ensino fundamental; EM: Ensino médio; ES: Ensino Superior.

Em relação à ocorrência das doenças oncológicas prévias 8,6% (16) das mulheres relataram o diagnóstico de câncer. O câncer de mama foi o mais prevalente, com ocorrência de 31,25% (5), seguido de câncer do colo do útero 18,75% (3), 12,5% (2) câncer de tireoide, 12,5% (2) câncer de pele, 6,25% (1) câncer renal, 6,25% (1) câncer abdominal e 6,25% (1) não soube responder qual o tipo de câncer. A baixa escolaridade e a baixa renda constituem-se em barreiras para o acesso de informações pertinentes e de boa qualidade (BONOTTO; MENDOZA-SASSI; SUSIN, 2016).

No presente estudo, observou-se associação entre escolaridade e conhecimento das mulheres em relação às doenças oncológicas. A influência da escolaridade também foi evidenciada por outros estudos como o realizado por Leite et al. (2014) com mulheres entre 25 e 59 anos cadastradas nas unidades de saúde de um bairro de Bauru-SP, o qual verificou que as mulheres com escolaridade superior a sete anos apresentaram maior conhecimento acerca do câncer de colo de útero. Assim como, Batiston et al. (2011) em estudo realizado com mulheres de 40 a 69 anos de Dourados-MS verificaram que o conhecimento quanto ao câncer de mama e seus fatores de risco é maior a medida que o nível de escolaridade aumenta.

Ainda, para além do conhecimento sobre a doença o estudo Batiston et al. (2011) apontou que a renda, idade e escolaridade influenciam sobre os exames preventivos como a mamografia; destacando a importância de projetos informativos e educacionais que respeitem as necessidades e limitações de cada mulher, com vistas a proporcionar a divulgação e compreensão das informações independente a renda ou escolaridade.

Quando questionadas sobre os fatores que causam o câncer, 85,8% (169) das

mulheres relataram saber pelo menos uma causa. Foram descritas um total de 456 causas, considerando a diversidade de nomeações dos fatores, as mais citadas foram: tabagismo por 75,15% (127) das mulheres, alimentação inadequada 50,89% (86), uso de bebidas alcoólicas 46,75% (79), hereditariedade 35 (20,71%), estresse 25 (14,79%), agrotóxico 12,43 (21) e exposição ao sol 8,88% (15).

Ao inquirir as mulheres sobre se a equipe de saúde já abordou o tema câncer 34,5% (68) mulheres responderam que sim; dessas 58,82% (40) referiram ter sido abordada durante as consultas médicas, 16,18% (11) durante a visita do agente comunitário de saúde, 16,18% (11) em reunião de grupo de saúde e 17,65% (12) em outras situações.

Quando questionadas quanto à forma de obtenção desses conhecimentos, os mais citados foram: Meios de comunicação por 45,68% (90) mulheres, com amigos e familiares 16,75% (33), por experiência própria ou de familiares 12,18% (24) e conversas em grupos 11,67% (23). Em relação ao comportamento preventivo 85,3% (168) das mulheres afirmaram que marcam e comparecem com regularidade as consultas médicas ou de enfermagem para realizar exames.

Com relação aos exames preventivos Papanicolau e autoexame da mama identificou-se que 89,3% (176) das mulheres relataram que a equipe da ESF ensinou o procedimento para realizar o autoexame das mamas e dessas 69,5% (137) fazem com regularidade o autoexame. No que se refere à realização Papanicolau 93,4% (184) das mulheres têm conhecimento sobre o que é o exame e 96,4% (190) já realizaram em algum momento; além disso, 77,7% (153) fazem o exame pelo menos uma vez ao ano. Em relação ao local de realização 70,1% (138) realizam no Sistema Único de Saúde (SUS) e 25,4% (50) realiza em consultório médico por plano privado. Não foi observada associação entre as variáveis sociodemográficas e a regularidade de realização do exame Papanicolau e o autoexame da mama (Tabela 2).

**Tabela 2:** Associação das variáveis sócio-demográficas com a realização de exames preventivos com em mulheres no climatério, Ijuí-RS, 2017.

|                               | Você faz regularmente o exame Papanicolau? |              |       | Faz com regularidade o autoexame da mama? |              |       |
|-------------------------------|--|--------------|-------|---|--------------|-------|
|                               | n (%)<br>Sim                               | n (%)<br>Não | p     | n (%)<br>Sim                              | N (%)<br>Não | p     |
| <b>Faixa etária</b>           |  |              |       |   |              |       |
| 35 – 50 anos                  | 72 (47,1)                                  | 20 (45,5)    | 0,851 | 64 (46,7)                                 | 27 (46,6)    | 0,983 |
| 51 – 65 anos                  | 81 (52,9)                                  | 24 (54,5)    |       | 73 (53,3)                                 | 31(53,4)     |       |
| <b>Estado Civil</b>           |  |              |       |   |              |       |
| Solteira/sem companheiro      | 46 (30,1)                                  | 17 (38,6)    | 0,283 | 45 (32,8)                                 | 17 (29,3)    | 0,628 |
| Com companheiro               | 107 (69,9)                                 | 27 (61,4)    |       | 92 (67,2)                                 | 41 (70,7)    |       |
| <b>Renda familiar</b>         |  |              |       |   |              |       |
| Abaixo de 2 SM                | 93 (53,7)                                  | 5 (71,4)     | 0,305 | 65 (52,0)                                 | 32 (60,4)    | 0,305 |
| Acima de 2 SM                 | 80 (46,3)                                  | 2 (28,6)     |       | 60 (48,0)                                 | 21 (39,6)    |       |
| <b>Escolaridade</b>           |  |              |       |   |              |       |
| Analfabetos e EF              | 98 (51,6)                                  | 2 (28,6)     | 0,305 | 67 (48,9)                                 | 32 (55,2)    | 0,305 |
| EM e ES incompleto e completo | 92 (48,4)                                  | 5 (71,4)     |       | 70 (51,1)                                 | 26 (44,8)    |       |

SM: Salário Mínimo; EF: Ensino fundamental; EM: Ensino médio; ES: Ensino Superior.

É possível observar nesse estudo que as informações sobre os fatores de risco para o câncer não foram ofertadas por profissionais de saúde, mas outras fontes que não estão diretamente ligadas à área da saúde. Ao encontro desse achado, o estudo de Rodrigues et al. (2016), verificou que as mulheres adquiriram conhecimento sobre o autoexame das mamas principalmente através da mídia leiga, sendo um fato que merece atenção, visto que a disseminação de informações algumas vezes com baixo rigor científico podem não ser apropriado.

Como limitação desse estudo, infere-se que as mulheres podem ter recebido informações sobre o câncer e seus fatores de risco pela equipe de saúde, no entanto, podem não ter compreendido essas informações ou não recordaram durante a coleta de dados. Cabe destacar que muitas vezes o tema é abordado, mas merece ter diversas estratégias e ações de educação em saúde para que a população tenha maior compreensão e, dessa forma, adoção de comportamento preventivo. Por isso, é de suma importância que se desenvolvam metodologias pelas equipes de saúde que avaliem o nível de compreensão dos usuários das informações prestadas pelos profissionais.

Cabem as equipes de saúde prestar cuidado integral a população através de ações de promoção de saúde, rastreamento e detecção precoce; mas somente com a participação ativa do usuário é que se tem em perspectiva a mudança do estilo de vida e a adoção de comportamento e atitudes que privilegiam a saúde plena. Sobre isso, o estudo de Rutledge et al. (2001) destacou que o conhecimento sobre o câncer de mama e seus exames de detecção precoce tem relação diretamente proporcional com a motivação em relação ao cuidado em saúde, mostrando que quanto maior o conhecimento maior será a motivação, podendo influenciar na prática e realização dos exames. Ainda, os estudos de Silva et al. (2011) e Oliveira et al. (2012) constataram que estratégias de educação em saúde são de grande importância no contexto oncológico de prevenção do câncer, pois levam a comportamentos mais saudáveis, maior adesão a práticas preventivas, além de retirar medos e estigmas.

Quando questionadas sobre os fatores que causam o câncer, as mulheres mostraram saber pelo menos uma causa, as quais estavam de acordo com os elencados pelo INCA (2016), ponto que se mostra como uma característica positiva na população estudada. Hábitos de vida não saudáveis como fumar, ingerir bebida alcoólica, sedentarismo e obesidade, entre outros, não aumentam somente a probabilidade do surgimento de câncer, mas também de outros tipos de cânceres e diversas outras doenças crônico-degenerativas (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2010). A modificação no estilo de vida da população, destacando a tendência global à predominância de estilos de vida não saudáveis contribui consideravelmente para o aumento das taxas de incidência do câncer. Sendo assim, os fatores de risco modificáveis devem ser estudados e trabalhados com a população a fim de possibilitar a busca por um estilo de vida saudável e prevenir o câncer.

Em relação à realização dos exames preventivos a maioria das mulheres referiram conhecer os exames e realiza-los, independente da renda ou escolaridade (Tabela 2), o que é positivo para a detecção precoce. Sabe-se que o câncer de mama e colo do útero

são os mais frequentes o que também foi evidenciado nesse estudo, na maioria das vezes esses tipos de câncer são possíveis de serem diagnosticados precocemente em fase inicial através de exames como o Papanicolau, mamografia e o autoexame da mama que é utilizado como estratégia secundária (INCA, 2016).

O rastreamento precoce mostra-se como uma estratégia eficaz na redução das mortes principalmente em mulheres acima de 50 anos (INCA, 2016). Não obstante de reconhecer que a organização dos serviços e a rede de saúde do SUS têm gargalos que dificultam o acesso aos exames preventivos; também, há pelo viés do usuário a adoção de um comportamento de buscar os serviços de saúde somente quando apresentam sinais ou sintomas de que algo não vai bem. Ainda, há um grande desconhecimento da população da importância e repercussões da detecção precoce da doença; além disso, o sentimento de medo de um possível diagnóstico muitas vezes impede a busca ao serviço de saúde (GOMES, 2016; OSHIRO et al., 2014). Essas questões que podem levar, ao diagnóstico tardio explica, em partes, o porquê as taxas de mortalidade se mantêm altas mesmo com maior aparato tecnológico.

Em estudo desenvolvido por Oshiro et al. (2014), com objetivo de analisar os eventos relacionados ao diagnóstico em estágio avançado do câncer de mama verificaram a trajetória percorrida pelas mulheres nos serviços de saúde; os resultados mostraram que a desinformação sobre a doença, a demora na procura por atendimento no serviço de saúde após a detecção da alteração mamária foram fatores que contribuíram para o diagnóstico da doença em estágio avançado. Já em estudo realizado por Mendonça et al. (2011) que objetivou analisar a compreensão de enfermeiros e usuárias da atenção primária sobre a adesão da prevenção ao câncer de colo uterino, os enfermeiros apontaram deficiência na organização, do suprimento de insumos e da manutenção de materiais na atenção primária, como fatores que dificultavam a realização do exame, enquanto que para as usuárias, a vergonha, medo, nervosismo e até mesmo pelo fato de ser um profissional do sexo masculino que realizava esse exame, eram variáveis que retardavam a procura pelo atendimento.

A ação educativa com respeito mútuo entre paciente e profissional de saúde é um importante passo para que a mulher compreenda a importância do exame preventivo e sinta-se motivada a realizá-lo. Esse relacionamento interpessoal, por meio de uma comunicação efetiva, é primordial para que a mulher tenha confiança no profissional de saúde e supere as eventuais dificuldades (SANTOS; CHUBACI, 2011).

Para que o investimento em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças tenham efetividade e atinjam os objetivos esperados com repercussões futuras é necessário haver mudanças de paradigmas do modelo de saúde, especialmente no que diz respeito às doenças oncológicas. É consenso que, para acontecer essa mudança, há a necessidade de investimento na formação de profissionais de saúde comprometidos e preparados para atuar na educação em saúde, assim como nos diferentes ciclos de vida, com os diversos determinantes do processo saúde- -doença, com abordagem integral do sujeito nos muitos pontos da rede de atenção à saúde (HERR et al., 2013).

Além disso, há a necessidade da participação dos usuários do sistema de saúde nas ações desenvolvidas no campo da educação em saúde, para que promovam o autocuidado e façam a opção por práticas que gerem a sua saúde. Somente o somatório de práticas dos profissionais e dos usuários pode repercutir, positivamente, nos indicadores de saúde.

Estes achados tornam-se importantes para propor e/ou reforçar políticas e programas já existentes, mas sobretudo utilizar para o planejamento das ações de saúde, especialmente na atenção primária, porta de entrada do SUS, tendo em vista as estatísticas progressivas da doença, que nos mostram que este processo de educação em saúde não está acontecendo.

## CONCLUSÕES

Este estudo teve como objetivo verificar o conhecimento e práticas preventivas relacionadas às doenças oncológicas. Foi evidenciado que as mulheres com menor escolaridade e menor renda têm menor conhecimento sobre o câncer e seus fatores de risco; e, que há informação dos usuários acerca da prevenção do câncer.

Frente as estimativas para os próximos anos do número de casos novos de câncer os profissionais de saúde, especialmente das Equipes das Estratégias Saúde da Família, têm como o desafio atuarem de forma contundente na promoção da saúde e prevenção de doenças; e para isso, precisam encontrar os caminhos para que a informação se transforme em conhecimento capaz de mudar atitudes e comportamentos dos usuários; para que estes sejam sujeitos ativos no processo de cuidado com a saúde.

As doenças não transmissíveis requerem a adoção de um estilo de vida saudável; e isso, só é possível, quando se alia consciência sobre a importância do cuidado com a saúde com conhecimento acerca de fatores que interferem no bem-estar do indivíduo gerando doença.

Neste contexto, a educação é entendida como um processo de ensino e aprendizagem em que profissional e usuário estabelecem uma relação dialógica; em que a informação é contextualizada com a realidade socioeconômica e cultural, para que seja entendida e tenha significado; e se traduza em mudança de postura e comportamento adotando hábitos de vida saudável e dessa forma reduzindo o risco de adoecimento.

## REFERÊNCIAS

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 Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 2, p. 163–171, 2011.

BONOTTO, G. M.; MENDOZA-SASSI, R. A.; SUSIN, L. R. O. Conhecimento dos fatores

---

de risco modificáveis para doença cardiovascular entre mulheres e seus fatores associados: um estudo de base populacional. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 293–302, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Prevenção do câncer do colo do útero: manual técnico - profissionais de saúde**. Brasília: 2002.

BRISCHILIARI, S. C. R. et al. Papanicolaou na pós-menopausa: fatores associados a sua não realização. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 10, p. 1976–1984, 2012.

GOMES, A. M. F. **Conhecimento, atitude e prática de mulheres com câncer de mama sobre os métodos de detecção precoce**. Defesa 20 de jul. 2016. F.10 Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2016.

HERR, G. E. et al. Avaliação de Conhecimentos acerca da Doença Oncológica e Práticas de Cuidado com a Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 1, p. 33–41, 2013.

INCA. Ministério da Saúde- Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil 2014** [on-line]. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2014a. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Estimativa\\_2014.pdf](http://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Estimativa_2014.pdf). [acesso 07 de jun de 2017].

INCA. Ministério da Saúde- Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Prevenção, fatores de risco. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2014b** [on-line]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/prevencao-fatores-de-risco/como-prevenir-cancer> [acesso 10 de jun de 2017].

INCA. Ministério da Saúde- Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil 2016** [on-line]. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2016. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>. [acesso 07 de jun de 2017].

INCA. Ministério da Saúde- Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Detecção Precoce. [on-line]. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2017**. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/deteccao\\_precoce++](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/deteccao_precoce++) [acesso 07 de jul de 2017].

ITAHANA, K.; DIMRI, G.; CAMPISI, J. Regulation of cellular senescence by p53. **Eur. J. Biochem**, v. 268, p. 2784–2791, 2001.

LEITE, M. F. et al. Conhecimentos E Prática Das Mulheres Sobre Câncer De Colo Do Útero de Uma Unidade Básica de Saúde. **Journal of Human Growth and Development**, v. 24, n. 2, p. 208–213, 2014.

LUCENA, L. T. et al. Fatores que influenciam a realização do exame preventivo do câncer cérvico-uterino em Porto Velho, Estado de Rondônia, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde**, v.

55, n. 69, p. 45–50, 2011.

MATOS, J. C. DE; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. D. B. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná. **Revista Latino-Americano Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 57–64, 2010.

MENDONÇA, F. A. DA C. et al. Prevenção Do Câncer De Colo Uterino: Adesão De Enfermeiros E Usuárias Da Atenção Primária. **Revista Rene**, v. 2, n. 12, p. 261–270, 2011.

OLIVEIRA, A. M. et al. Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 46, n. 1, p. 240–245, 2012.

OSHIRO, M. DE L. et al. Câncer de Mama Avançado como Evento Sentinela para Avaliação do Programa de Detecção Precoce do Câncer de Mama no Centro-Oeste do Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 60, n. 1, p. 15–23, 2014.

RODRIGUES, T. C. G. F. et al. Conhecimento de 820 mulheres atendidas no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora sobre autoexame das mamas. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 26, n. 2, p. 60–64, 2016.

Rutledge DN, Barsevick A, Knobf MT, Bookbinder M. Breast cancer detection: knowledge, attitudes, and behaviors of women from Pennsylvania. **Oncol Nurs Forum**. V.28, n. 6, p. 1032-40, 2001.

SANTOS, G. D. DOS; CHUBACI, R. Y. S. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil ). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2533–2540, 2011.

SILVA, P. A. DA; RIUL, S. DA S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 6, p. 1016–21, 2011.

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ATENDIMENTOS ANTIRRÁBICOS HUMANOS NO MUNICÍPIO DE CHAPECÓ, SC

## EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF HUMAN ANTI-RABIES CARE IN THE MUNICIPALITY OF CHAPECÓ, SC

Fabíola Inês Salvi<sup>1</sup>  
Jéssica Moreira de Paula<sup>2</sup>  
Junir Antonio Lutinski<sup>3</sup>  
Douglas Michel Muller Fritzen<sup>4</sup>  
Karina Giachini<sup>5</sup>  
Francis Maira Schabat<sup>6</sup>  
Maria Assunta Busato<sup>7</sup>

Recebido em: 10 abr. 2018  
Aceito em: 12 jun. 2018

**RESUMO:** A raiva se destaca dentre as zoonoses pela sua letalidade. Pesquisas sobre a dispersão, transmissão viral e hospedeiros têm ajudado as autoridades de saúde na adoção de medidas de controle. Neste contexto, este estudo teve como objetivo descrever o perfil das pessoas que tiveram atendimento antirrábico no município do Chapecó, SC. Foram avaliados os acidentes registrados no período de 2012 a 2016, fornecidos pela Vigilância Epidemiológica de Chapecó, SC. Foram avaliadas variáveis relativas às faixas etárias, ocupação e sexo. Ao todo, 2430 notificações foram avaliadas. As faixas etárias mais acometidas foram de crianças entre 1 e 14 anos e de adultos em idade economicamente ativa, 20 a 59 anos. Os atendimentos foram mais frequentes em estudantes (16,5%) e aposentados ou pensionistas (9,3%). O sexo masculino foi o mais acometido nos anos de 2012, 2013 e 2014, enquanto em 2015 e 2016 foi o sexo feminino. Considerando o papel dos cães como reservatórios do vírus da raiva, emerge a necessidade de ações voltadas para o bem-estar animal e para a prevenção de acidentes. A frequência dos atendimentos envolvendo crianças indica a vulnerabilidade desta faixa etária enquanto acidentes envolvendo adultos implica em perdas econômicas associadas aos dias parados de trabalho.

**Palavras-chave:** Acidentes. Promoção da saúde. Zoonoses.

**ABSTRACT:** Rabies stands out among zoonoses for their lethality. Research on dispersal, viral transmission and hosts have helped health authorities in adopting control measures. In this context, this study aimed to describe the profile of people who

---

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Chapecó, SC, Brasil. [fabiola.salvi@unochapeco.edu.br](mailto:fabiola.salvi@unochapeco.edu.br).

<sup>2</sup> Vigilância em Saúde Ambiental do município de Chapecó, SC, Brasil. E-mail: [jessica.paula@unochapeco.edu.br](mailto:jessica.paula@unochapeco.edu.br).

<sup>3</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Chapecó, SC, Brasil. E-mail: [junir@unochapeco.edu.br](mailto:junir@unochapeco.edu.br).

<sup>4</sup> Vigilância em Saúde Ambiental do município de Chapecó, SC, Brasil. E-mail: [dmmfritzen@gmail.com](mailto:dmmfritzen@gmail.com).

<sup>5</sup> Vigilância em Saúde Epidemiológica da Secretaria de Saúde de Chapecó, SC. E-mail: [giachinikarina@unochapeco.edu.br](mailto:giachinikarina@unochapeco.edu.br).

<sup>6</sup> Vigilância em Saúde Ambiental do município de Chapecó, SC, Brasil. E-mail: [franschabat@hotmail.com](mailto:franschabat@hotmail.com).

<sup>7</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Chapecó, SC, Brasil. E-mail: [assunta@unochapeco.edu.br](mailto:assunta@unochapeco.edu.br).



had anti-rabid care in the municipality of Chapecó, SC. We evaluated the accidents recorded in the period from 2012 to 2016, provided by the Epidemiological Surveillance of Chapecó, SC. Variables related to age groups, occupation and sex were evaluated. In all, 2,430 notifications were evaluated. The most affected age groups were children between 1 and 14 years old and adults in economically active age, 20 to 59 years. The attendances were more frequent in students (16.5%) and retirees or pensioners (9.3%). Males were the most affected in the years of 2012, 2013 and 2014, while in 2015 and 2016, changes to females. Considering the role of dogs as reservoirs of the rabies virus, it's necessary actions aimed at animal welfare and the prevention of accidents. The frequency of attendances involving children indicates the vulnerability of this age group while accidents involving adults imply economic losses associated with the unemployed days.

**Keywords:** Accidents. Health promotion. Zoonoses.

## INTRODUÇÃO

Os acidentes por mordeduras de cães são objeto de preocupação devido ao seu potencial para transmissão de zoonoses, como a raiva, infecções, sequelas físicas e psicológicas (PARANHOS *et al.*, 2013). Estes acidentes ocorrem numa frequência elevada no Brasil, sendo um importante agravo à saúde (DEL CIAMPO *et al.*, 2000; BUSO; NUNES e QUEIROS, 2009; PARANHOS *et al.*, 2013). Os custos monetários e sociais necessários para o tratamento desses acidentes demandam recursos que poderiam ser investidos em outros programas de promoção à saúde (DEL CIAMPO *et al.*, 2000; PARANHOS *et al.*, 2013).

Estas intercorrências estão associadas a situações em que o animal demonstra dominância, defesa territorial, competição por alimento, proteção de membros jovens da matilha ou de outros indivíduos. Também podem acontecer por dor, medo e instinto predatório interespecífico (PARANHOS *et al.*, 2013). Machos apresentam maior inclinação para agressividade, devido a fatores hormonais, fato também atribuído a animais mais jovens (BUSO; NUNES e QUEIROS, 2009). Em geral os ataques ocorrem em situações onde há alterações posturais por parte dos seres humanos. Contato visual e carícias também podem ser provocativas para alguns cães (PARANHOS *et al.*, 2013).

A raiva é uma antopozoonose que causa danos neurológicos permanentes em seu portador. A principal via de inoculação do vírus se dá através de mordeduras, arranhaduras e lambeduras de animais infectados. Existem três ciclos da doença: o urbano, onde cães e gatos são os principais transmissores, o rural, através de bovinos, equídeos, caprinos e ovinos e, o ciclo silvestre, onde a inoculação ocorre pela mordida de morcegos hematófagos (FRIAS; LAGES e CARVALHO, 2011).

Esta antopozoonose se caracteriza como uma encefalite progressiva e aguda com 100% de letalidade em humanos contaminados. Configura-se como um problema de saúde pública mundial, onerando custos em campanhas de vigilância, controle e prevenção, além de atendimento aos doentes. Ainda endêmica em todo mundo, está predominantemente associada a regiões com menor índice de desenvolvimento (LOPES *et al.*, 2014;

MOUTINHO; NASCIMENTO e PAIXÃO, 2015).

No Brasil, no período de 2010 a 2016 foram confirmados 17 casos de raiva humana, nenhum sendo em Santa Catarina. No ciclo urbano, a principal forma da inoculação do vírus é através de mordeduras de cães. Em Santa Catarina, período de 2010 a 2016 foram notificados mais de 100 mil acidentes por mordedura com potencial antirrábico, sendo destes 2.430 em Chapecó (BRASIL, 2016).

Os acidentes por mordeduras de cães são relativamente comuns, em muitos casos não chegando as autoridades sanitárias. Além da raiva, as mordidas caninas podem trazer diversas complicações à saúde humana. Como possuem dentes rombos e mandíbulas robustas, podem causar esmagamento e lacerações de tecidos, músculos, vasos, tendões e ossos (HADDAD JUNIOR; CAMPOS NETO e MENDES, 2013). Acompanhando as lesões estruturais imediatas, ocorre a inoculação de bactérias, fungos e demais patógenos que normalmente se encontram alojados na cavidade oral canina, podendo causar infecções. As infecções são de natureza mista, envolvendo várias espécies de bactérias, incluindo o *Clostridium tetani* Nicolaier e Kitasato, 1886 e outras espécies que podem levar o paciente a quadros como meningite, pneumonia, insuficiência renal, sepse e outras (BUSO; NUNES e QUEIROZ, 2009; HADDAD JUNIOR; CAMPOS NETO e MENDES, 2013).

Atualmente, na literatura disponível, há escassos registros acerca do perfil das pessoas envolvidas nos acidentes com mordedura de cães, se atendo ao atendimento pós-exposição. Ferraz *et al.* (2013) descreveram o perfil dos atendimentos antirrábicos notificados no município de Chapecó relativo aos anos de 2009 e 2010, contudo, nenhum outro estudo desta natureza foi realizado posteriormente. A caracterização do perfil dos acidentes e o perfil epidemiológico pode oferecer subsídios às autoridades sanitárias para a implementação de ações de prevenção da raiva e de outras zoonoses. Neste contexto, este estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico dos atendimentos antirrábicos humanos no município do Chapecó, SC.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

O estudo se caracteriza como transversal, descritivo, de caráter quantitativo, com base em informações do banco de dados da Secretaria de Saúde de Chapecó. Este município está situado geograficamente, na Latitude 27° 05' 47" S; Longitude 52° 37' 06" W e Altitude 674 m. Possui uma área total de 625.758 km<sup>2</sup> e localiza-se aproximadamente a 600 quilômetros da capital Florianópolis. Destaca-se das demais cidades da região por ser considerado um polo econômico regional e por se encontrar na rota do comércio e do turismo da região Sul do Brasil. Conta com uma população de 209.553 (IBGE, 2017).

A coleta de dados se deu com base nas fichas de investigação de atendimento antirrábico humano registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), pelo setor de Vigilância Epidemiológica do município, relativos ao período de 2012 a 2016.

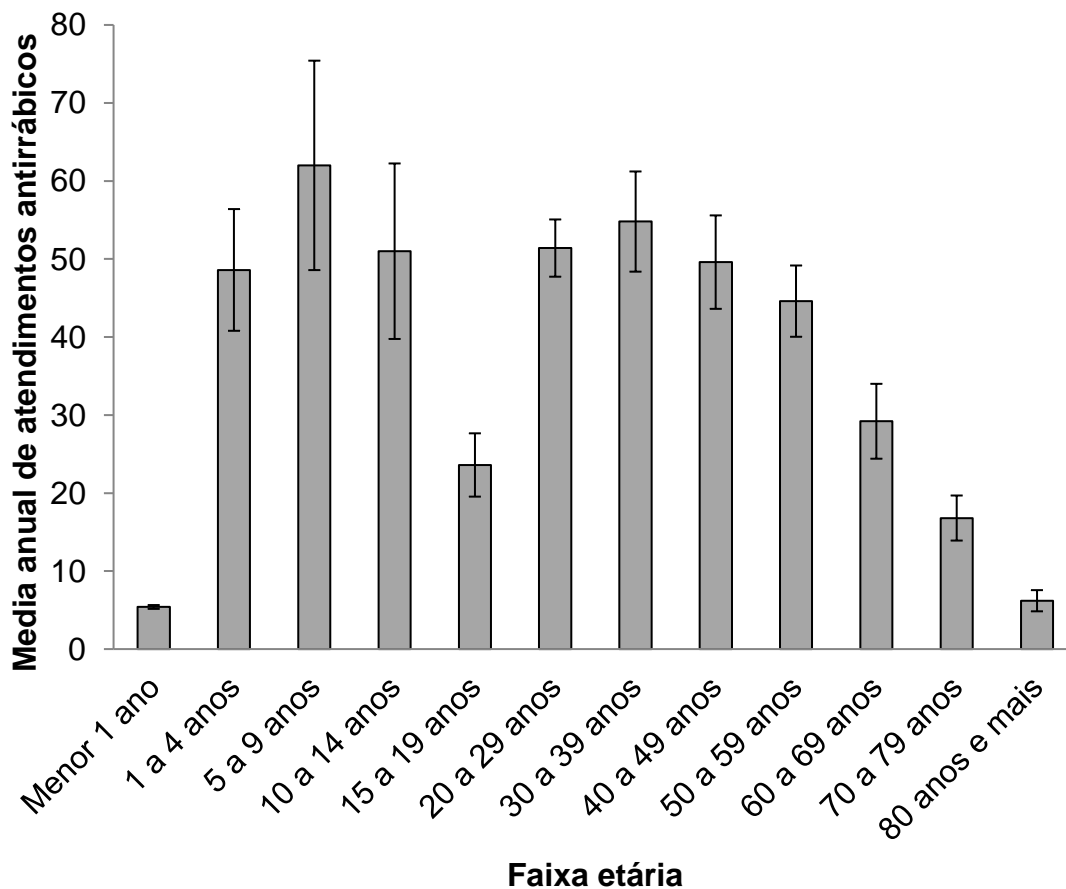
As variáveis utilizadas foram o sexo, idade, escolaridade, zona de moradia e ocupação. Os dados obtidos foram organizados, tabulados e avaliados quanto à frequência com auxílio do software *Excel for Windows* (MICROSOFT, 2015)

O estudo foi realizado com dados secundários, apresentados de forma coletiva e não foram acessadas informações nominais ou que pudessem identificar os indivíduos. A utilização do banco de dados foi autorizada pela Secretaria de Saúde do município.

## RESULTADOS

No período avaliado foram registrados 2.430 atendimentos antirrábicos, nenhum evoluiu para diagnóstico de raiva. As faixas etárias mais acometidas foram crianças de 5 a 9 anos, com 310 notificações, média de 62 atendimentos/ano (12,75%), seguida dos adultos de 30 a 39 anos, com 274 notificações média de 54,4 atendimentos/ano (11,27%), a faixa de 20 a 29 anos, com 257 acidentes, média de 51,4 atendimentos/ano (10,57%) e a faixa dos 40 a 49 anos, com 248 acidentes, média de 49,6 atendimentos/ano (10,20%). Cabe destacar o registro de 261 (10,7%) atendimentos envolvendo pessoas idosas (60 anos ou mais) (Figura 1).

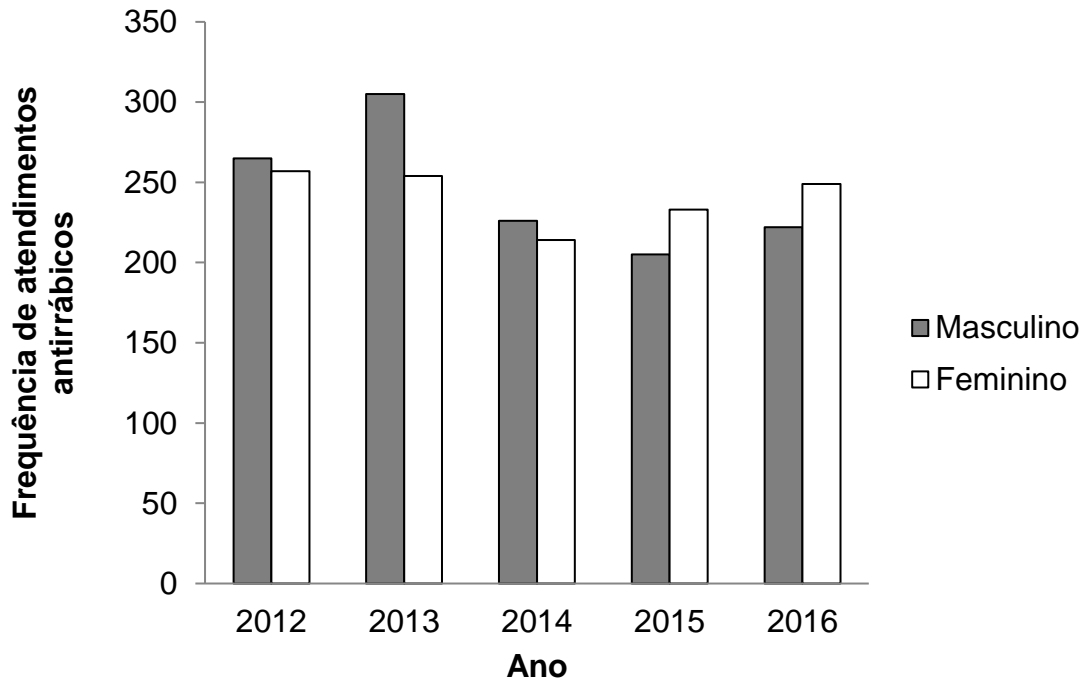
**Figura 1** - Média anual de atendimento antirrábico no município de Chapecó, segundo a faixa etária, 2012 a 2016. As barras verticais indicam o erro padrão da média.



As notificações, segundo o sexo, não mostraram grandes variações sendo 244,6

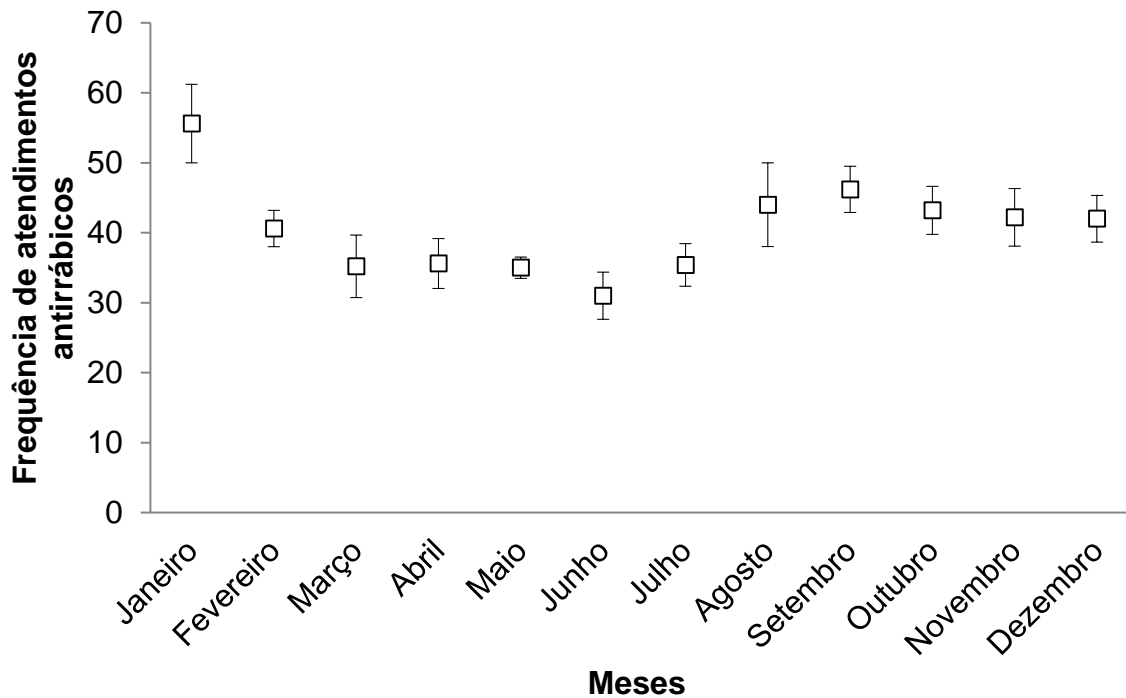
notificações/ano para homens e 241,4 para mulheres. Os números, ano a ano, mostraram predominância dos acidentes em homens nos anos de 2012, 2013 e 2014, seguidos de uma inversão nos anos de 2015 e 2016 período em que as notificações em mulheres foram maiores (Figura 2).

**Figura 2** - Médias anuais de atendimento antirrábico no município de Chapecó, segundo o sexo, 2012 a 2016.



Em 2013 houve o maior registro de notificações com 559 atendimentos, seguido de 2012 com 522 acidentes (Figura 2). A média dos atendimentos mostrou-se maior no mês de janeiro com média de 55,6 atendimentos, seguido pelos meses de setembro com 46,2 e agosto com 44 atendimentos/mês (Figura 3).

**Figura 3** - Frequência média mensal dos atendimentos antirrâbicos no município de Chapecó, 2012 a 2016. As barras verticais indicam o erro padrão da média.



Quanto à zona de residência a maioria dos acidentes (91,9%) ocorreu na área urbana seguido de 6% na área rural. Quanto à ocupação das pessoas envolvidas nos atendimentos antirrâbicos observou-se que os estudantes foram os mais afetados sendo registrados 402 acidentes (16,5%,) seguido dos aposentados/pensionistas com 225 atendimentos (9,3%), donas de casa com 171 atendimentos (7%) e desempregados com 119 atendimentos (4,9%). Destaca-se a categoria “Não identificado”, ou seja, falta de preenchimento do campo “Ocupação” no formulário, com o maior percentual (884 atendimentos (34,7%) seguido da categoria “Outros” com 447 atendimentos (18,4%) (Tabela 1).

**Tabela 1** - Percentual de notificações de atendimentos antirrábicos no município de Chapecó, segundo a ocupação, 2012 a 2016.

| Ocupação                           | Total       | Percentual (%) |
|------------------------------------|-------------|----------------|
| Não identificado                   | 844         | 34,7           |
| Outros                             | 447         | 18,4           |
| Estudante                          | 402         | 16,5           |
| Aposentado/pensionista             | 225         | 9,3            |
| Dona de casa                       | 171         | 7,0            |
| Desempregado                       | 119         | 4,9            |
| Apontador de produção              | 32          | 1,3            |
| Trabalhador volante da agricultura | 24          | 1,0            |
| Vendedor de comércio varejista     | 21          | 0,9            |
| Pedreiro                           | 21          | 0,9            |
| Apontador de mão-de-obra           | 16          | 0,7            |
| Servente de obras                  | 16          | 0,7            |
| Motorista de caminhões             | 16          | 0,7            |
| Faxineiro                          | 12          | 0,5            |
| Gerente administrativo             | 11          | 0,5            |
| Auxiliar de escritório             | 11          | 0,5            |
| Cozinheiro geral                   | 11          | 0,5            |
| Vigilante                          | 11          | 0,5            |
| Mecânico                           | 10          | 0,4            |
| Professor                          | 10          | 0,4            |
| <b>Total</b>                       | <b>2430</b> |                |

## DISCUSSÃO

Os acidentes com potencial antirrábico acometem todas as faixas etárias, contudo, observou-se que as crianças entre 5 e 9 anos foram as mais nesses acidentes, fato esse observado também por Buso, Nunes e Queiroz (2009), Oliveira *et al.* (2012), Paranhos *et al.* (2013), Gomes *et al.* (2014), Silva e Costa (2016) e Lima *et al.* (2017). Alguns autores relacionam a maior incidência de ataques nesta faixa etária devido às crianças estarem mais expostas e terem comportamento de risco ao se aproximando de animais durante a alimentação, animais acudados ou em situação de risco (BUSATO *et al.*, 2014; LOPES *et al.*, 2014) e que a maioria dos acidentes com crianças na faixa etária de 5 a 9 anos ocorre durante brincadeiras com os animais agressores (PARANHOS *et al.*, 2013). Busato *et al.* (2014) chamam a atenção para o fato de crianças e adolescente de até 15 anos serem mais susceptíveis a ataques de caninos por frequentarem com mais assiduidade quintais de suas casas, parques e ruas como áreas de lazer. Quanto às notificações envolvendo as faixas etárias entre 20 ate os 59 anos, idade economicamente ativa, estudos citam o deslocamento em vias públicas como principal fator de risco para os ataques (VELOSO *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2012; CAVALCANTE, FLORENCIO e ALENCAR, 2017). Ainda,

---

Veloso *et al.* (2011) apontam que adultos teriam maior suscetibilidade aos ataques devido a atividades laborais em que estão inseridos os cuidadores de animais e carteiros.

Embora a média de atendimentos antirrábicos tenha variado pouco entre os sexos, houve predominância dos acidentes em indivíduos do sexo masculino, o que corrobora com outros estudos relacionados ao perfil epidemiológicos de atendimentos antirrábicos no Brasil (VELOSO *et al.*, 2011; QUEIROZ; BUSO e SILVA, 2013; SILVA *et al.*, 2013; SILVA e COSTA, 2016; CAVALCANTE; FLORÊNCIO e ALENCAR, 2017).

A maior frequência de notificações no mês de janeiro (55,6 atendimentos/mês) pode estar relacionada ao período de férias escolares e férias da população em geral. No período de férias aumenta a circulação de indivíduos em vias públicas. Este resultado corrobora os achados de Ferraz *et al.* (2013), Oliveira *et al.* (2012) e Lopes *et al.* (2014) e representa uma informação relevante para as ações de prevenção a esse tipo de acidente.

A maioria das notificações tiveram como envolvidos, indivíduos residentes na área urbana. Resultados semelhantes foram obtidos nos estudos de Queiroz, Buso e Silva (2013), Silva *et al.* (2013), Lopes *et al.* (2014), Silva e Belo (2015) e Silva e Costa (2016). Moutinho, Nascimento e Paixão (2015) ao analisarem as ações de vigilância e controle da raiva no estado do Rio de Janeiro destacam a importância do censo ou outro método que dimensione a população destes animais em áreas urbanas, possibilitando fixar metas de prevenção de acidentes e de controle de zoonoses. A presença de cães errantes, comunitário ou com acesso livre a vias públicas é um dos fatores de risco para o aumento do número de casos de acidentes (PEREIRA; BOSCHETTI e PEREIRA, 2016; MOUTINHO; NASCIMENTO e PAIXÃO, 2015). Não há dados oficiais em relação à população de animais em situação de abandono no município de Chapecó.

Quanto à ocupação, estudantes foram os mais relacionados nos atendimentos antirrábicos, corroborando os resultados de Oliveira *et al.* (2012). Nas classes aposentados e donas de casa os acidentes podem estar associados aos fatores de exposição, pois estes indivíduos passam mais tempo com seus animais de estimação (LOPES *et al.*, 2014). Quanto à classe “desempregado”, os acidentes podem acontecer devido à exposição dos indivíduos às vias públicas, onde há maior concentração de animais errantes (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Ainda, é oportuno destacar o percentual atingido pela categoria “Não Informado” que evidencia fragilidade nas notificações. Estudos prévios destacam a importância da redução de falhas no preenchimento do formulário, pois esse documento fornece informações quantitativas e qualitativas do atendimento. Essas fragilidades evidenciam a importância de capacitação permanente das equipes de saúde para um correto preenchimento da ficha de notificação de atendimento antirrábico humano (SANTOS; MELO e BRANDESPIM, 2017). Dentro das possibilidades das equipes de saúde, seria oportuno uma visita zoossanitária para identificação das causas de agressão por animais pois, segundo Frias, Carvalho e Nunes (2016), as pessoas têm dificuldade em entender o comportamento animal.

De posse de informações detalhadas é possível avaliar a qualidade do atendimento, além de proporcionar informações epidemiológicas para a formulação de

campanhas de promoção da saúde e prevenção de agravos (FRIAS; LAGES e CARVALHO, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2012; FERRAZ *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2013; SILVA e COSTA, 2016).

## CONCLUSÃO

O perfil dos atendimentos antirrâbicos humanos em Chapecó-SC indica que a maior frequência dos acidentes ocorre envolvendo crianças e adultos economicamente ativos. Esse cenário indica a vulnerabilidade a que as crianças estão expostas e as perdas econômicas já que pode refletir em dias perdidos de trabalho.

A ausência de alguns dados na ficha de notificação dificulta a identificação epidemiológica e sociodemográfica dos sujeitos envolvidos o que poderia contribuir para melhor conhecer a população afetada e a proposição de ações de prevenção aos agravos decorrentes.

Considerando o papel epidemiológico dos cães e a possibilidade de veicular antropozoonoses, em especial a raiva, emerge a necessidade de elaborar e implementar medidas de bem-estar animal, de monitoramento e de prevenção de acidentes.

## AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo a Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), Chamada Pública FAPESC Nº 10/2015 – PPSUS.

## REFERÊNCIAS

BUSATTO, V. M.; MORIWAKI, A. M.; MARTINS, D. A. C. HORÁCIO, P. M.; UCHIMURA, N. S.; UCHIMURA, T. T. Perfil do tratamento profilático antirrâbico humano no sul do Brasil. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 13, n. 4, p. 617-624, 2014.

BUSO, D. S.; NUNES, C. M.; QUEIROZ, L. H. Características relatadas sobre animais agressores submetidos ao diagnóstico de raiva, São Paulo, Brasil, 1993-2007. **Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 25, n.12, p. 2747-2751, 2009.

BRASIL. **Unidade Técnica de Zoonoses (UT Zoonoses) – Mapas da Raiva no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis (DEVIT). Coordenação Geral de Doenças Transmissíveis (CGDT), 2016. 13 p.

CAVALCANTE, K. K.; FLORÊNCIO, C. M.; ALENCAR, C. H. Profilaxia antirrâbica humana pós-exposição: características dos atendimentos no estado de Ceará, 2007-2015. **Journal Health Biology and Science**, v. 5, n. 4, p. 337-345, 2017.



---

DEL CIAMPO, L. A.; RICCOA, R. G.; ALMEIDA, C. A. BONILHA, L. R. de C. M.; SANTOS, T. C. C. Acidentes de mordeduras de cães na infância. **Revista Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 411-412, 2000.

FERRAZ, L.; BUSATO, M. A.; FERRAZZO, J. F.; RECH, A. P.; SILVA, P. S. da. Notificações dos atendimentos antirrábico humano: perfil das vítimas e dos acidentes. **HYGEIA: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 9, n.16, p.182 - 189, 2013.

FRIAS, D. F. R.; LAGES, S. L.; CARVALHO, A. A. B. Avaliação da conduta de profilaxia antirrábica indicada para pessoas envolvidas em agravos com cães e gatos no município de Jaboticabal, SP, no período de 2000 a 2006. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 14, n. 4, p. 722-32, 2011.

FRIAS, D. F. R.; CARVALHO, A. A. B.; NUNES, J. O. R. Proposta de nova metodologia de apoio para indicação racional de profilaxia antirrábica. **Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR**, v. 20, n. 1, p. 9-18, 2016.

GOMES, A. P.; ESPERIDIÃO-ANTONIO, V.; MENDONÇA, B. G.; BENEDITO, H. P. L.; VITORINO, R. R.; PRADO, M. R. M. C.; PRADO JUNIOR, P. P.; HENRIQUES, B. D.; SANTANA, L. A. Raiva Humana. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, v. 10, n. 4, p. 334-40, 2012.

HADDAD JUNIOR, V.; CAMPOS NETO, M. F.; MENDES, A. L. Mordeduras de animais (selvagens e domésticos) e humanas. **Revista de Patologia Tropical**, v. 42, n. 1, p. 13-19, 2013.

LIMA, E. C. F.; FARIA, M. D.; MORAIS, R. M. R. B. L.; OLIVEIRA, L. M. S. R.; LIMA, E. H. F.; COSTA, C. S. Interações entre meio ambiente, atendimentos antirrábicos e acidentes por animais peçonhentos no município de Petrolina (PE). **Saúde Meio Ambiente**, v. 6, n. 1, p. 54-70, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, **Orçamento e Gestão. Cidades**. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/home-cidades>. Acesso 20 de dez. 2017.

LOPES, J. T. S.; SILVA, S. B.; MOTA, D.; VALENTE, S. F.; VILGES, K. M. A.; OLIVEIRA, S. V.; ARAÚJO, W. N.; PINTO JUNIOR, V. L. Análise dos acidentes por animais com potencial de transmissão para raiva no município de Caçapava do Sul, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Medicina e Saúde de Brasília**, v. 3, n. 3, p. 210-23, 2014.

MOUTINHO, F. F. B.; NASCIMENTO, E. R.; PAIXÃO, R. L. Raiva no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: análise das ações de vigilância e controle no âmbito municipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 577-586, 2015.

OLIVEIRA, V. M. R.; PEREIRA, P. L. L.; SILVA, J. A.; MIRANDA, C. F. J.; RODRIGUES, K. O.; RODRIGUES, T. O.; MOREIRA, E. C. Mordedura canina e atendimento antirrábico humano em Minas Gerais. **Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia**, v. 64, n. 4, p. 891-898, 2012.

PARANHOS, N. T.; SILVA, E. A.; BERNARDI, F.; MENDES, M. C. N. C.; JUNQUEIRA, D. M. A. G.; SOUZA, I. O. M.; ALBUQUERQUE, J. O. M.; ALVES, J. C. M.; MACHADO, M.

N. P. Estudo das agressões por cães, segundo tipo de interação entre cão e vítima, e das circunstâncias motivadoras dos acidentes, município de São Paulo, 2008 a 2009. **Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia**, v. 65, n. 4, p. 1033-1040, 2013.

PEREIRA, J.; BOSCHETTI, M. A.; PEREIRA, J. **Estratégias de gestão para melhoria no atendimento antirrábico humano em Florianópolis**. In: PEREIRA, M. F.; COSTA, A. M.; MORITZ, G. O.; BUNN, D. A. (org). Contribuições para a Gestão do SUS. Gestão da Saúde Pública. Florianópolis: Fundação Boiteux, v. 10, 2016.

QUEIROZ, L. H.; BUSO, D. S.; SILVA, J. E. Aspectos epidemiológicos das agressões por cães sob o ponto de vista do cão agressor e das vítimas. **Veterinária e Zootecnia**, v. 20, n. 3, p. 296-306, 2013.

SANTOS, C. V. B.; MELO, R. B.; BRANDESPIM, D. F.. Perfil dos atendimentos antirrábicos humanos no agreste pernambucano, 2010-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 1, p.161-168, 2017.

SILVA, G. M.; BRANDESPIM, D. F.; ROCHA, M. D. G.; LEITE, R. M. B.; OLIVEIRA, J. M. B. Notificações de atendimento antirrábico humano na população do município de Garanhuns, Estado de Pernambuco, Brasil, no período de 2007 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 95-102, 2013.

SILVA, C. J.; BELO, M. A. A. Censo canino e felino: sua importância no controle de zoonoses na cidade de Cacoal – RO. **Enciclopédia Biosfera**, v. 11 n. 21, p. 3368-3373, 2015.

SILVA, A. F.; COSTA, E. C. **Acidentes rábicos: Um olhar sobre os fatores desencadeantes e seu mapeamento territorial em um município do Estado do Ceará**. In: PEREIRA, M. F.; COSTA, A. M.; MORITZ, G. O.; BUNN, D. A. (org). Contribuições para a Gestão do SUS. Gestão da Saúde Pública. Florianópolis: Fundação Boiteux, v. 10, 2016.

VELOSO, R. D.; AERTS, D. R. G. C.; FETZER, L. O.; ANJOS, C. B.; SANGIOVANNI, J. C. Motivos de abandono do tratamento antirrábico humano pós-exposição em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 2, p.537-546, 2011.

# TRÂNSITO COMO TEMÁTICA INTERDISCIPLINAR EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

## TRAFFIC AS AN INTERDISCIPLINARY THEME IN HEALTH PROMOTION

Anselmo Cordeiro de Souza<sup>1</sup>  
Maria Cecília Leite de Moraes<sup>2</sup>  
Leonardo Tavares Martins<sup>3</sup>  
Morenilza Bezerra de Conceição Fróes<sup>4</sup>  
Elaine dos Santos Salzano<sup>5</sup>  
Myrian Regazzo de Jesus Moura<sup>6</sup>

Recebido em: 05 jun. 2017

Aceito em: 20 jun. 2018

**RESUMO:** O tráfego e a circulação humanos são, hoje, prioridades nas agendas políticas mundial e nacional, pelo impacto social de sua articulação e por conta da operacionalização, expressos em estatísticas epidemiológicas, criminais e ambientais, e no contexto das demandas logísticas de apropriação do espaço urbano. Este artigo objetiva explicitar a proposição interdisciplinar aplicada ao trânsito como mecanismo de produção de conhecimento, soluções e práticas melhores e mais efetivas. Trata-se de um ensaio teórico, que se limita a uma abordagem bibliográfica e narrativa, tendo como articulador um conceito nuclear em promoção da saúde, ou seja, o “saudável”. A partir da literatura consultada, confirmou-se a possibilidade da interdisciplinaridade como estratégia para superar as fortes tensões presentes na temática do trânsito. Isto significa uma valorização da vida e da saúde, por meio de uma estrutura congruente, ambientada na convivência e na relação fraterna, mediadas pelo trânsito como veículo de acesso e estreitamento das relações e dos laços humanos (físicos ou subjetivos), intencionando o bem-estar e a qualidade de vida social. A discussão a respeito do tema contribuiu para um clareamento e uma reflexão sobre a escandalosa necessidade de novos caminhos, baseados em propostas integradoras.

**Palavras-chave:** Pesquisa interdisciplinar. Acidentes de Trânsito. Promoção da Saúde. Organização e administração.

**ABSTRACT:** Human traffic and circulation are now priority in the national and international political agendas, due to the social impact of its articulation and operationalization expressed in epidemiological, criminal and environmental statistics,

---

<sup>1</sup> Instrutor de Trânsito do DETRAN/SP. Possui Licenciatura em Pedagogia pela Faculdade da Aldeia de Carapicuíba (FALC). Bacharelado em Teologia pelo Seminário Adventista Latino-Americano de Teologia (SALT). Pós-Graduado em Gestão de Pessoas e Mestre em Promoção da Saúde, pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP).

<sup>2</sup> Terapeuta Ocupacional. Mestre e Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP).

<sup>3</sup> Profissional de Educação Física. Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Docente do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP).

<sup>4</sup> Enfermeira. Especialista em Ortopedia. Mestranda em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP).

<sup>5</sup> Instrutora de Trânsito de DETRAN/SP. Licenciada em Pedagogia pela Faculdade da Aldeia de Carapicuíba (FALC).

<sup>6</sup> Instrutora de Trânsito do DETRAN/SP. Psicóloga. Coordenadora da Graduação em Tecnologia em Transportes da Faculdade Zumbi dos Palmares.

and in the context of the logistic demands of urban space appropriation. This article aimed to explain the interdisciplinary proposition applied to traffic, as mechanism of production of knowledge, solutions and better and more effective practices. This is a theoretical essay limited to a bibliographical and narrative approach, which takes the concept of health promotion, namely "healthy", as articulator. From the literature consulted, we confirmed the possibility of the interdisciplinarity as a strategy to overcome the strong tensions present in the thematic traffic. It means that there is a valuation of life and health through a congruent structure, set in the coexistence and fraternal relationship, mediated by traffic as a vehicle of access and narrowing of human relations and ties (physical or subjective), intending the well-being and quality of social life. The discussion on the subject contributed to a clarification and reflection of the scandalous need for new paths based on an integrative proposal.

**Keywords:** Interdisciplinary research. Accidents, Traffic; Health Promotion; Organization and Administration.

## INTRODUÇÃO

A mobilidade e a circulação humana atualmente constituem prioridades na agenda social, tanto em termos da política nacional como da mundial, o que pode ser notado pelas recorrentes menções ao tema nos âmbitos da saúde, da educação, da infraestrutura, da segurança pública, do meio ambiente, entre outros. A temática também se faz sempre presente em relatórios periódicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2004; BRASIL, 2014A; BACCHIERI, BARROS, 2011).

O debate sobre trânsito tem tradicionalmente sido abordado nas áreas da Engenharia, com foco na infraestrutura e na gestão; do Direito, considerando as relações e os ordenamentos jurídicos; e da Educação. Nas ciências da saúde, é particularmente estudado na Psicologia (HADDAD *et al.*, 2010; SILVA, GUNTHER, 2009) e, recentemente, na saúde pública, em espaço de reflexão acadêmica e científica sobre promoção da saúde (SOUZA *et al.*, 2016; BRASIL, 2014c).

A promoção da saúde é classicamente definida como um processo de capacitação social e individual, para atuar na melhoria de sua saúde e qualidade de vida, em ambiente de corresponsabilização entre os atores sociais (BUSS *et al.*, 2009; ABDALA *et al.*, 2015). “Neste sentido aponta-se o construto ‘saúdável’, como nuclear nos objetivos fins de ações promotoras de saúde, pautando-se como importante articulador de natureza intersetorial (AZEVEDO *et al.*, 2012; BUSS *et al.*, 2009). Este referencial contempla o trânsito e a mobilidade urbana.

No Brasil, os acidentes de trânsito são apontados como a maior causa de morte entre jovens e adultos, potencializada pelo crescimento urbano, o que torna o fenômeno ‘trânsito’ elemento de preocupação na gestão urbana – inclusive no que se refere à sensação de (in)segurança em meio ao tráfego urbano. Configura-se, assim, um problema de caráter social, político, econômico e cultural (MASSAÚ, ROSA, 2016; SILVA, 2016, REICHENHEIM *et al.*, 2011).

Este contexto delinea-se com ainda mais clareza ao se vislumbrar o impacto social da articulação e da operacionalização de dados relativos ao trânsito, expressos em estatísticas epidemiológicas e indicados pelos Acidentes de Trânsito Terrestre (ATT) (MINAYO, 2012), criminais (verificados pelo número de processos e detenções relacionados a crimes de trânsito) (MARTINS, 2010) e ambientais (verificados por fatores relacionados ao bem-estar). Isto para não mencionar a reponsabilidade social e ecológica em relação aos recursos naturais e sua sustentabilidade (COSTA, 2003).

É também relevante o impacto econômico causado pelas discrepâncias, ou efeitos colaterais, nos diversos espaços e dimensões que compõem o trânsito como tal (SILVA *et al.*, 2015). Sem negligenciar referência da temática como variável importante no contexto das demandas logísticas de apropriação do espaço urbano, e a gestão de sua operacionalização (COSTA, 2003). Os números avolumam-se, e são conhecidos e exaustivamente divulgados pelos meios de comunicação em massa, sendo inclusive redundante mencioná-los aqui.

Deste modo, o tráfego humano, em seus desdobramentos em uma realidade complexa, enquanto suas concepções estrutural, funcional ou organizacional, revela-se um desafio quando se parte em busca de suas melhores e mais efetivas práticas. Para tal enfrentamento, pode ser conveniente uma abordagem interdisciplinar, na qual atores variados dialoguem e produzam estratégias conjugadas para implementação de ações intersetoriais, em uma parceria indissociável (AZEVEDO *et al.*, 2012; MINAYO, 2012; VIEIRA *et al.*, 2010).

A temática trânsito emerge como um construto polissêmico em desenvolvimento e ainda busca maior clareza para seus pressupostos, caminhos metodológicos e produção de conhecimento. Neste caminho, a apropriação de uma ou outra abordagem acadêmica deve sempre ser coerente com convalidações ontológicas e epistemológicas (HOFFMANN *et al.*, 2003). Neste sentido nosso maior esforço, sendo este resultado de exercício reflexivo introdutório, é manter a coerência das pontuações feitas neste trabalho, bem como da própria consistência do mesmo, não obstante atentos a atual inclinação dos caminhos da pesquisa acadêmica e científica do trânsito.

Nossa intenção neste artigo não se dá em uma exposição exaustiva da temática trânsito, ou mesmo pretende trazer a conciliação de todos os conflitos, incongruências ou descompassos presentes em muitos dos desdobramentos da temática, mas antes nos limitamos a tentativa de explicitar a discussão a respeito do tema a partir de dispositivos normativos e legais, da literatura acadêmico científica clássica e atual de interesse, no intuito de que ao evidenciar a reflexão em tais elaborações possamos contribuir numa melhor elucidação da temática.

Este artigo objetivou expor as nuances de uma possível proposição interdisciplinar do trânsito, como mecanismo de produção de conhecimento, soluções e práticas melhores e mais efetivas.

## MÉTODO

Trata-se de um ensaio teórico de abordagem bibliográfica de caráter narrativo (ROTHER, 2007; VOSGERAU, ROMANOWSKI, 2014). As buscas das produções científicas realizaram-se numa das principais bases de indexação de artigos de acesso aberto e de cobertura regional (PARKER et al., 2014), a saber, o *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); e no buscador *Google Scholar* (GS), fonte de busca que têm se projetado como uma das principais formas de resgate de artigos científicos mostrando-se muito útil, devido à sua simplicidade, rapidez e amplitude de informação (PUCCINI et al., 2015). Realizadas no período de outubro de 2015 a outubro de 2016, por meio da combinação dos descritores em português “trânsito”, “interdisciplinaridade”, “sustentabilidade”, “saudável” utilizando como critério de seleção os títulos de interesse, além de bibliografia extraída de referências dos artigos estudados, trabalhos clássicos e dispositivos legais.

Pretendeu-se ensaiar a articulação de idéias e autores no espaço editorial acadêmico-científico, neste intentando destacar a possibilidade do esforço *interdisciplinar*. Apontamentos contextualizados aos aspectos da temática trânsito enquanto área de reflexão teórico prática. A luz de abordagem, emergente em vários espaços de discussão, pesquisa, ensino e prática profissional, a saber: do paradigma “saudável”, ou seja, para além do foco preventivo um entendimento num direcionamento para promoção da saúde individual e coletiva, entendido saúde em seu entendimento *lato sensu* e trânsito como questão não apenas de segurança pública. Um olhar ao sustentável, com foco numa gestão de atores, elementos e variáveis presentes no contexto do trânsito que favoreça um enfrentamento racional eficiente e eficaz e, portanto efetivo, diante dos agigantados desafios sociais. Como exposto a seguir.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entendendo não ser suficiente apenas a definição do dicionário para classificarmos, conceituarmos ou mesmo percebermos o que significa o termo trânsito, nota-se que o sentido e significação da palavra quando técnico-científica, em grande medida são indicados pelos contextos, espaço ou a área do saber a qual a utiliza (VIARO, 2011).

Em um sentido amplo, o termo ‘trânsito’ pode extrapolar sua significação técnico-científica, considerando o contexto em que é utilizado, tendo a ver com movimentos, relações e com a própria dinâmica inerente a vida. Trânsito é um fenômeno próprio da vida. Na fisiologia humana, ele acontece por meio da interação de nossos constituintes físicos, emocionais, sociais. Logo, está intimamente ligado ao movimento, que se faz ponto de interseção transversal comum a toda experiência humana, e torna este assunto uma realidade atemporal, parte de todas sociedades e culturas (HOFFMANN et al., 2003).

Neste trabalho, trânsito foi entendido como preconizado pela lei 9.503, de 23 de setembro, de 1997, que institui o *Código de Trânsito Brasileiro* (CTB), denominando trânsito

---

“a utilização das vias por pessoas, veículos e animais, isolados ou em grupos, conduzidos ou não, para fins de circulação, parada, estacionamento e operação de carga ou descarga” (BRASIL, 2016a).

As questões sobre trânsito e sua organização têm ocupando a mente humana por conta das mudanças tecnológicas e da urbanização crescente dos últimos séculos. Já Leonardo da Vinci, no século XVI, propusera uma resolução para o intenso tráfego de pedestres e carruagens, sugerindo o uso de um desnível nas laterais da via, definindo, assim, um espaço próprio para a circulação de pedestres, configurando elemento imprescindível da via, que hoje chamamos ‘calçada’ (SILVA, 2004; BRASIL, 2009; 1997).

O primeiro acidente com veículo automotor foi registrado na Inglaterra, em 1896; a primeira morte de uma vítima de ATT, por atropelamento de um automóvel, em 13 de setembro 1899, em Nova Iorque. No Brasil, curiosamente, o primeiro a transitar de automóvel foi Santos Dumont, o ‘pai da aviação’, e o primeiro acidente de trânsito envolvendo um automotor registrado em 1987, com um veículo conduzido por José do Patrocínio que tinha como passageiro Olavo Bilac (HOFFMANN *et al.*, 2003).

De lá para cá, os agravos, os riscos e as exposições às causas externas (acidentes e violências), bem como outras várias consequências, como traumas e traumatismos, aumentaram exponencialmente (FREITAS *et al.*, 2015; MALTA *et al.* 2012; PEREIRA e LIMA 2006; MARIN, QUEIROZ, 2000)

## CONTEXTOS E ESPAÇOS DE REFLEXÃO TEÓRICO-PRÁTICA

O ser humano busca descrever e explicar a realidade de modo de que este saber o beneficie de alguma maneira. Os espaços para formação acadêmica, científica e profissional (e não apenas os espaços físicos) se tornam propícios nesta busca (CIRANI *et al.*, 2015; PAIVA, MELO, 2008) também na temática trânsito.

O trânsito, relacionado à circulação e à mobilidade humana, no meio acadêmico, assume diversos encaminhamentos. Em sentido estrito, relacionado à circulação e à mobilidade humana, é fenômeno estudado por áreas como Ciências Humanas e Sociais, Ciências Exatas e da Terra (BRASIL, 2014B; PAVARINO FILHO, 2009). No Brasil, no meio profissional tecnológico, foram recentemente regulamentados e divulgados vários cursos técnicos relacionados ao trânsito, classificados no eixo tecnológico de infraestrutura e mobilidade pelo Ministério da Educação, por meio do *Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego* (Pronatec) (BRASIL 2014B).

É, porém, ainda comedido o espaço acadêmico dedicado ao trânsito e a construtos similares, como tráfego humano, mobilidade urbana, segurança no trânsito, representados eventualmente no Ensino Superior brasileiro, por iniciativas isoladas (BRASIL, 2016b).

Em cursos de Pós-Graduação *stricto sensu*, segundo a Coordenação de Aperfeiçoamento e Pessoal do Ensino Superior (CAPES), as especializações nesta área

ainda se dão de modo secundário. São, geralmente, linhas de pesquisa que refletem uma abordagem multidisciplinar de avaliação, que dialogam, em alguma medida, com as demandas relacionadas ao trânsito, mas que não ocupam primazia ou protagonismo nas dissertações e teses (BRASIL, 2016b).

Após breve consulta *on-line* na Plataforma Sucupira da CAPES, nenhum programa de Mestrado ou Doutorado com titulação que contivesse o termo 'trânsito' foi encontrado. O termo 'transportes' foi encontrado em oito programas de Mestrado e em cinco de Doutorado – todos ligados a Engenharia (BRASIL, 2016c).

É pequena expressão do trânsito como espaço temático no campo editorial acadêmico científico brasileiro, conforme o inexpressivo número de periódicos e publicações na área, e as poucas ocorrências em áreas tradicionais. Verifica-se a existência apenas da *Revista Transportes* com temática análoga.

Nas produções acadêmicas e científicas, propriamente nas Ciências da Saúde, o trânsito, como objeto de estudo da epidemiologia, da Psicologia e da saúde pública, tem sido frequentemente relacionado à morbimortalidade, com os ATT constituindo uma das principais causas de morte prematura no Brasil e no mundo. Assim o trânsito integra-se entre os temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde em sua edição (BRASIL, 2006) e redefinição (BRASIL, 2014C), caracterizado como problema de segurança pública (MALTA *et al.*, 2014; BACCHIERI e BARROS, 2011; MARÍN *et al.*, 2006).

Em uma análise sobre a mortalidade em jovens no período de 1930 a 1991, Vermelho e Jorge (1996, p. 329) destacam a transição epidemiológica para a violência, evidenciando o novo perfil de mortalidade atrelado aos acidentes de trânsito de veículo a motor. Eles destacam que, até 1950, a mortalidade elevada se dava predominantemente pelas as doenças infecciosas; a partir de 1960 “a transição se tornou evidente e as causas violentas passaram a ocupar a primeira posição”. Algumas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e a AIDS também são mencionadas dentro de um contexto epidemiológico.

Bacchieri e Barros (2011), ao avaliarem os acidentes de trânsito no Brasil em publicações no período 1998 e 2010, pontuaram, entre as várias mudanças ocorridas no cenário político e social, a instituição, no ano de 1997, do novo CTB, em substituição ao Condigo Nacional de Trânsito (CNT), de 1966, entre outras várias providencias legislativas em contraste há poucos resultados efetivos na queda de mortalidade. Entre as causas apontadas para os ATT, está a conjugação entre álcool e direção, e os pedestres são o grupo considerado vulnerável ao alto índice em acidentes com vítimas fatais. Acidentes com motocicletas, ainda que não fatais, estão no topo do *ranking* de vítimas (sublinhando que acidentes com ciclistas também tem alto subregistro) (CARVALHO, FREITAS, 2012; ANJOS *et al.*, 2007; PINSKY, PARAVINO FILHO, 2007; ABREU *et al.*, 2006).



---

## INTERDISCIPLINARIDADE: POR UM TRÂNSITO SAUDÁVEL

Ainda nos domínios do olhar reflexivo sobre o trânsito em espaços apropriados, sejam escolares, profissionalizantes ou acadêmicos, vários artigos têm abordado da premissa interdisciplinar diante dos desafios sociais impostos pelo trânsito a realidade humana, nas áreas assistenciais, na *práxis*, em suas formas de avaliação e sua gestão, como estratégia para ações efetivas (VIEIRA *et al.*, 2010; QUEIROZ e OLIVEIRA, 2003, MARIN e QUEIROZ, 2000).

A interdisciplinaridade tem sido abordada como um instrumento transversal de compartilhamento do saber, em uma espécie de superação da exacerbada fragmentação do conhecimento, sem pretender anteceder a disciplinaridade (esta, na verdade, é condição de existência daquela). Assim vários autores têm buscado caracterizar o que seria essa tal interdisciplinaridade, e outros ainda defini-la, por vários caminhos metodológicos (PEDUZZI *et al.*, 2013; POMBO, 2008; JAPIASSU, 1976).

Ainda que a explicitação de entendimento de um dado construído seja inclusive necessário e desejável ao rigor e comunicação técnica e científica (VIARO, 2011), alguns autores têm se alinhado ou se aproximado de uma abordagem deleuziana, que, diante de construtos nucleares, permite a indicação de uma opção, diante de uma multiplicidade criativa de entendimentos igualmente válidas ou aceitas, mantendo sempre uma corrente aberta ao novo evitando o caráter finalista da conceituação tradicional. Logo, aqui neste trabalho procuraremos brevemente mais caracterizar no que seja ou não a interdisciplinaridade do que propriamente defini-la (FAZENDA *et al.*, 2014; FAZENDA, 2006; TAVARES, 2008; DELEUZE e GUATTARI, 1995).

Historicamente é inegável o mérito do paradigma cartesiano exatamente em ter originado alguns dos principais pressupostos do estatuto científico concebido em seus aspectos fundantes entre os séculos XVI a XVIII, representado entre outras obras pelo “*Discurso do Método*” de Rene Descartes, a partir da qual se originou alguns dos principais pressupostos do estatuto científico, como também do pensamento que ampliou uma busca pelo entendimento do objeto científico “das partes para o todo”. Uma abordagem que tem sido entendida como importante a uma época conhecida como iluminismo, nome este dado como referência a uma reação a dita obscuridade racional, reinante na época (MORIN, 1996; CAPRA, 1998).

No entanto, são apontadas diversas limitações tanto nos pressupostos nos quais foram pensadas a abordagem (como expresso metáfora do relógio), e também nos próprios resultados e desdobramentos de conceber o conhecimento tido como fragmentado, não condizentes ao enfrentamento efetivo das demandas do contexto atual, sendo mesmo em alguns pontos superados tais entendimentos por aqueles que tem buscado uma nova e racional maneira de habitar o espaço científico, profissional, social. Uma abordagem mais próxima da complexidade da realidade, onde o complexo representa uma integração destas mesmas partes que trazem a constituição de sua existência. (MORIN, 1996; CAPRA, 1998).

O esforço da prática interdisciplinar se daria, então, por ações que favoreçam o

---

diálogo entre as disciplinas e, para além disso, uma transversalização do conhecimento, de modo tal que o produto desta interação seja não apenas de um dos componentes do grupo, mas resultado da coletividade, culminando em conhecimento, saber ou intervenção mais afetiva. Isto só é possível ao se aliar a competência técnica-científica à uma disposição aberta em relação a outros saberes. Tais entendimentos podem variar quando apresentados por autores distintos, dependendo de sua filiação teórica, sendo inclusive, a partir daí, postuladas novas linhas de pensamento, mas a tônica parece ser a de um novo e mais aprofundado olhar.

Deste modo, a interdisciplinaridade tem sido relevante instrumento na operacionalização de concepções alternativas e respostas mais apropriadas e eficazes em aplicações teóricas e práticas (FAZENDA, 2014; PEDUZZI et al., 2013). Trata-se de um espaço aberto a novas reflexões e aplicações, a partir da abordagem e do entendimento de um 'trânsito dito saudável', que extrapola o tradicional eixo preventivo, emergindo como força política e social articuladora de um novo e mais abrangente entendimento de saúde, como também extensível à temática trânsito e a seus desdobramentos, impactando no cotidiano e na práxis dos atores deste cenário.

Vale ressaltar dois documentos importantes na discussão sobre questões do trânsito suas prioridades, contradições e dilemas. O primeiro o relatório da Organização Mundial da Saúde – OMS (NORMAN, 1962) elaborado pelo médico Leslie G. Norman "*Road traffic accidents: epidemiology. control and prevention,*" que se deu como marco se tornando um dos relatórios mais importantes a época, inclusive por reconhecer formalmente a partir daquele ano o trânsito como uma questão de saúde pública.

Comentando a respeito Pavarino Filho (2009) identifica no documento a busca de uma metáfora entre termos comuns da epidemiologia e os componentes e atores essenciais no trânsito e da ênfase dada em relação aos acidentes de trânsito foi "particularmente no que se refere a velocidade e à direção sob o efeito de bebida alcoólica". Ênfase que tem sido dada em vários estudos sobre os efeitos do álcool combinado a direção. (MONTEIRO 2012; PINSKY, PARAVINO FILHO 2007; DUAİLÍBI. PINSKY, LARANJEIRA 2007; PINSKY, LABOUVIE, LARANJEIRA 2004)

O segundo documento foi um marco mundial e histórico. A OMS destacou, no ano de 2004, a "segurança no trânsito" como temática do *World report on road traffic injury prevention*, elevando a temática trânsito a plataforma de enfática visualização diante dos tremendos impactos não só da segurança e da saúde públicas, mas também da sustentabilidade ambiental e da vida humana (WHO, 2004)

Em seu artigo sobre a morbimortalidade no trânsito Pavarino Filho (2009) traz ainda a discussão para o contexto brasileiro evidenciando a transição social, política, econômica e estrutural diante das resoluções propostas no relatório de 1962, e as mudanças paradigmáticas já evidenciadas no relatório de 2004, ambos da OMS supracitados. Destacando questões como mobilidade, sustentabilidade e equidade nos transportes. Sugerindo a partir daí que o posto no relatório de 2004 se alinha aos pressupostos da promoção da saúde. Concluindo por trazer a sugestão o paradigma da promoção da saúde,

---

visto como campo interdisciplinar, como uma possibilidade de superar as incoerências e conflitos no trânsito, e uma possível dicotomia entre educação e saúde para o trânsito. Sugerindo ainda como necessários novos e mais aprofundados estudos exploratórios deste relevante tema, inclusive dentre o emergente espaço acadêmico brasileiro em promoção da saúde. A promoção da saúde, entendida como campo interdisciplinar e contextualizada em uma realidade social e histórica, pode se dar não apenas como meio político articulador (LUZ, 2009; PEREIRA *et al.*, 2000; CANDEIAS, 1997), mas também como estratégia para superar as fortes tensões presentes na temática trânsito, trazendo uma reflexão voltada com foco para além da prevenção de acidentes, assim orientada para ao que poderia ser entendido ou chamado de *trânsito saudável*: uma valorização da vida e da saúde através de uma estrutura congruente, ambientada a convivência e relação fraterna, mediados pelo trânsito como veículo de acesso e estreitamento das relações e laços humanos sejam estes físicos ou subjetivos, intencionando o bem estar e qualidade de vida social.

Para o entendimento de saudável, aqui, convém mobilizar a possível etimologia da palavra: uma variação do substantivo feminino saúde, que significa “estado de são”, “salvação”, de origem da palavra latina “*salus-utis*”, remontando ao século XV (CUNHA, 2010). Isto converge de algum modo entre muitos autores, ainda que não em todos os pontos e nem sem discussão (MENDES *et al.*, 2008; ALMEIDA-FILHO, 2000). Para Almeida Filho (2000, p. 300), a etimologia do termo saúde

denota uma qualidade dos seres intactos, íntegros, com sentido vinculado às propriedades de inteireza, totalidade. Em algumas vertentes, saúde indica solidez, firmeza, força. Por outro lado, as línguas ocidentais modernas desenvolveram uma variante distinta, com base em raiz etimológica medieval de base religiosa, vinculada às conotações de perfeição e santidade.

Há uma possível origem religiosa do termo. Sathler-Rosa (2014, p. 131) explicita que, em “hebraico bíblico, a etimologia da palavra *shalem* (saudável, inteiro) possui a mesma raiz que *shalom* (paz, inteiro ou íntegro, salvação)”. ‘Saudável’, na literatura, pode ainda estar atrelado a hábitos de vida (BARROS *et al.*, 2013), comportamentos (BOVA e WALL, 2005), estilo de vida (RODRIGUEZ-AÑEZ, 2008), sociedade (COSTA, 1997), políticas públicas (BUSS, 2000), municípios/cidades (WESTPHAL e MENDES, 2000) e, por fim, ao ambiente e ao trânsito (MINAYO e DESLANDES, 2009).

Parte dessas referências ao construto saudável estão atreladas as estratégias de promoção da saúde amplamente divulgadas pela Organização Mundial da Saúde, por iniciativas tais como as “cidades saudáveis”. Uma via para uma gestão participativa e sustentável, como coloca Adriano *et al.* (2000, p. 54)

a proposta de construção de cidades saudáveis surgiu em Toronto, Canadá, em 1978, quando um comitê de planejamento publicou o informe A saúde pública nos anos 80, onde foram estabelecidas linhas de ação política, social e de desenvolvimento comunitário no nível local.

O esforço na integração interdisciplinar e sustentável, que articule o coletivo, é uma alternativa para se implementar o saudável. Neste sentido, várias propostas e ações tem

---

sido implementadas desde o lançamento da estratégia em várias frentes de trabalho no Brasil (BUSS, 2000, 2009). No entanto, existe um longo e largo caminho a ser trilhado, especialmente quando relacionada a temática trânsito a promoção da saúde, como já pontuado em alguma medida neste trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os avanços são marcantes, mas ainda insuficientes, nas discussões sobre trânsito. O exercício interdisciplinar, nos meios acadêmico e científico, constitui alternativa saudável no enfrentamento dos desafios impostos pela modernidade e pela tecnologia. É também instrumento articulador, que favorece a produção de conhecimentos significativos e efetivos, fortalecendo a base empírica da literatura e sustentando uma plataforma da qual se possam eclodir projetos de extensão social, que ultrapassem os muros institucionais, conduzindo uma ponte para um trânsito de transversalização e integração social.

Novos caminhos para uma proposta integradora ainda devem ser trilhados, dadas as incipientes reflexões e discussões nos meios acadêmicos. Parecer haver até mesmo uma lacuna identitária no estudo das relações que dizem respeito à realidade e aos contextos em que se dá o trânsito, sugerindo a necessidade uma agenda de novos e mais aprofundados estudos das várias facetas relacionadas a temática trânsito.

## REFERÊNCIAS

ABREU, A. M. M.; LIMA, J. M. B. O impacto do álcool na mortalidade em acidentes de trânsito: uma questão de saúde pública. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 1, pp. 87-94. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452006000100011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452006000100011&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ADRIANO, J. R. *et al.* A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 53-62, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100006&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ALMEIDA FILHO, N. Qual o sentido do termo saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 2, p. 300-301, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000200001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200001)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

ANJOS, K. C. *et al.* Paciente vítima de violência no trânsito: análise do perfil socioeconômico, características do acidente e intervenção do Serviço Social na emergência. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 15, n. 5, pp. 262-266. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-78522007000500006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-78522007000500006&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

AZEVEDO, E.; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersectoriais nas

---

políticas. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1333-1356, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a05v22n4.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BACCHIERI, G.; BARROS, A. J. D. Acidentes de trânsito no Brasil de 1998 a 2010: muitas mudanças e poucos resultados. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 949-963, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000500017&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102011000500017&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BARROS, C. R. *et al.* Implementação de programa estruturado de hábitos de vida saudáveis para redução de risco cardiometabólico. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 57, n. 1, p. 7-18, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302013000100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302013000100002&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BOVA, V. B. R.; WALL, M. L. Educação em saúde no trânsito: uma contribuição da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 60-65, 2005. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/4676>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Plataforma Sucupira**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2016. Disponível em: <<https://sucupira.capes.gov.br>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Ministério das Cidades. Departamento Nacional de Trânsito. **Resolução 514, de 18 de dezembro de 2014**. Brasília, DF: Ministério das Cidades, 2014A.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Diretoria de Políticas de Educação Profissional e Tecnológica. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2014B. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/catalogo-nacional-de-cursos-tecnicos>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014C. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Ministério das Cidades. Denatran. **Projeto Capacitação de Profissionais de Trânsito: Legislação de Trânsito**. Brasília, DF: Ministério das Cidades, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Programa de redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito. Mobilizando a sociedade e promovendo a saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog\\_reducao\\_acidentes.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_reducao_acidentes.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

---

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997**. Brasília, DF: Casa Civil; 1997 Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L9503Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9503Compilado.htm)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Educação. **Coordenação de Aperfeiçoamento e Pessoal do Ensino Superior – CAPES**. Brasília, DF: Ministério da Educação, s/d. Disponível em: <[www.capes.gov.br](http://www.capes.gov.br)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000

BUSS, P. M. CARVALHO, A. I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2: p. 209-213, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000200016&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101997000200016&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 1998.

CARVALHO, M. L.; FREITAS, C. M. Pedalando em busca de alternativas saudáveis e sustentáveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 6, pp. 1617-1628. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000600024&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000600024&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

CIRANI, C. B. S.; CAMPANARIO, M. A.; SILVA, H. H. M. A evolução do ensino da pós-graduação senso estrito no Brasil: análise exploratória e proposições para pesquisa. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior (Campinas)**, v. 20, n. 1, p. 163-187, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-40772015000100163&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-40772015000100163&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

COSTA, J. L. R. Algumas reflexões sobre cidade saudável. **Saúde e Sociedade**, v. 6, n. 2, p. 65-70, 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901997000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901997000200008)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

COSTA, M. S. **Mobilidade urbana sustentável**: um estudo comparativo e as bases de um sistema de gestão para Brasil e Portugal. Tese [Doutorado]. São Paulo: USP, 2003.

CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2010.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia**. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. Volume 1.

DUAILIBI, S.; PINSKY, I.; LARANJEIRA, R. Prevalência do beber e dirigir em Diadema, estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. 2007, v. 41, n. 6, pp. 1058-1061. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-89102006005000045&lng=pt&nrm=iso&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102006005000045&lng=pt&nrm=iso&lng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

---

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade**: história, teoria e pesquisa. São Paulo: Papirus, 2006.

FAZENDA, I. C. A.; VARELLA, A. M. R. S.; ALMEIDA, T. T. O. Interdisciplinaridade: tempo, espaços, proposições. **Revista Científica e-Curriculum**, v. 11, n. 3, p. 847-862, 2014. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/14914>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

FREITAS, M. G. *et al.* **Idosos atendidos em serviços de urgência no Brasil: um estudo para vítimas de quedas e de acidentes de trânsito. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, pp. 701-712. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt\\_1413-8123-csc-20-03-00701.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/pt_1413-8123-csc-20-03-00701.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

HADDAD, A. E. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 383-93, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102010000300001](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000300001)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

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

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da saúde coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-11, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000200013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000200013&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MASSAÚ, G. C.; ROSA, R. G.. Acidentes de trânsito e direito à saúde: prevenção de vidas e economia pública. *Revista de Direito Sanitário*, v. 17, n. 2, p. 30-47, 2016.

MALTA, D. C. *et al.* Causas externas em adolescentes: atendimentos em serviços sentinelas de urgência e emergência nas Capitais Brasileiras - 2009. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 9, pp. 2291-2304, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n9/a11v17n9.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MARCONI, M. A.; PRESOTTO, Z. M. N. **Antropologia**: uma introdução. 3. ed. São Paulo. Atlas, 1986.

MARIN-LEON, L.; VIZZOTTO, M. M. Comportamentos no trânsito: um estudo epidemiológico com estudantes universitários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 2, pp. 515-523, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000200018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000200018&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

MARIN, L.; QUEIROZ, M. S. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 7-21, jan-mar, 2000.

MARTINS, R. C. M. Crimes culposos de trânsito. São Paulo, 2010. 191f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2010.

- 
- MENDES, J. M. R.; LEWGOY, A. M. B.; SILVEIRA, E. C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Ciência & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 24-32, 2008. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/3864>>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- MINAYO, M. C. S. Morre menos quem morre no trânsito? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 9, pp. 2237-2245. 2012. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/morre-menos-quem-morre-no-transito/10710?id=10710>>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Análise da implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, pp.1641-1649, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000500002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500002)>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- MODERNELL, R. Cinco mil anos de loucuras no trânsito. **Revista Quatro Rodas**, p.44-49, 1989.
- MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.
- MONTEIRO, V. B. P. N. Uso de álcool, comportamentos de risco no trânsito e habilidades sociais em universitários. Marília, 2012. 60f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho, Marília, 2012.
- NORMAN, L. G. **Road traffic accidents: epidemiology, control, and prevention**. Geneva: World Health Organization, 1962. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/39723>>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- PACKER, A. (org). **SciELO – 15 Anos de Acesso Aberto: um estudo analítico sobre Acesso Aberto e comunicação científica**. Paris: UNESCO, 2014.
- PAIVA, K. C. M.; MELO, M. C. O. L. Competências, Gestão de Competências e Profissões: Perspectivas de Pesquisas. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 12, n. 2, p. 339, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rac/v12n2/a04v12n2.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- PAVARINO FILHO, R. V. Morbimortalidade no trânsito: limitações dos processos educativos e contribuições do paradigma da promoção da saúde ao contexto brasileiro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.18, n.4, pp. 375-384. 2009. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742009000400007](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000400007)>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0080-62342013000400977&lng=pt&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342013000400977&lng=pt&nrm=iso&tlng=en)>. Acesso em: 20 jun. 2018.
- PEREIRA, I. M. T.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção da Saúde e Educação em Saúde: uma parceria saudável. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 24, n. 1, p.39-44,
-



---

2000.

PEREIRA, W. A. P.; LIMA, M. A. D. S. Atendimento pré-hospitalar: caracterização das ocorrências de acidente de trânsito. *Acta Paul Enferm.* v. 19, n. 3, p. 279-83, 2006.

PINSKY, I.; LABOUVIE, E.; LARANJEIRA, R. **Disposição e alternativas ao dirigir alcoolizado entre jovens paulistanos.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 26, n. 4, pp. 234-241. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1516-44462004000400006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-44462004000400006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

PINSKY, I.; PAVARINO FILHO, R. V. **A apologia do consumo de bebidas alcoólicas e da velocidade no trânsito no Brasil: considerações sobre a propaganda de dois problemas de saúde pública.** *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, v. 29, n. 1, pp. 110-118. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082007000100019&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082007000100019&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

POMBO, O. Epistemologia da interdisciplinaridade. *Revista Ideação*, v. 10, n 1, p. 9-40, 2008. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/ideacao/article/view/4141>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

PUCCHINI, L. R. S. et al. Comparativo entre as bases de dados PubMed, SciELO e Google Acadêmico com o foco na temática Educação Médica. *Cadernos UniFOA*, n. 28, p. 75-82, 2015.

QUEIROZ, M. S.; OLIVEIRA, P. C. P. **Acidentes de trânsito: uma análise a partir da perspectiva das vítimas em Campinas.** *Psicologia & Sociedade*. v. 15, n. 2, pp. 101-123. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822003000200008&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822003000200008&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

REICHENHEIM, M.E. *et al.* Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1962-1975, 2011. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/51116591\\_Violence\\_and\\_injuries\\_in\\_Brazil\\_The\\_effect\\_progress\\_made\\_and\\_challenges\\_ahead](https://www.researchgate.net/publication/51116591_Violence_and_injuries_in_Brazil_The_effect_progress_made_and_challenges_ahead)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

RODRIGUEZ-ANEZ C.R; REIS R.S; PETROSKI E.L. Versão brasileira do questionário Estilo de Vida Fantástico: tradução e validação para adultos jovens. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2008;91(2):102-9 [Acesso 11 out 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2008001400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001400006>.

ROTHER, E. T. EDITORIAL Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, v 20, n. 2, p. vi, 2007.

SATHLER-ROSA, R. Cuidado espiritual como fator de integralidade (saúde) do Ser: funções históricas do cuidado na tradição judaico-cristã. *Revista Pistis & Praxis, Teologia Pastoral*, v. 6, n. 1, pp. 127-144, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/pistispraxis/article/view/13058/12485>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SILVA, F. H. V. C.; GÜNTHER, H. Psicologia do trânsito no Brasil: de onde veio e para

---

onde caminha? **Temas em Psicologia**, v. 17, n.1, p. 163-175, 2009. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2009000100014](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2009000100014)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SILVA, G. J. C.; MENEZES, L. B.; NEDER, H. D. Qualidade da malha rodoviária, custos econômicos associados e determinantes dos acidentes de trânsito no Brasil: avaliação e proposição de política. **Revista de Políticas Públicas**, v. 19, n. 1, p. 327-347, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/4819>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SOARES, D. P.; THIELEN, I. P. Projeto transformando o trânsito e a perspectiva do facilitador. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 3, p. 730-743, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932012000300016&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932012000300016&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SOUZA, A. C.; OLIVEIRA, I. M.; MARTINS, L. T. Promoção da saúde: espaço interdisciplinar para o estudo do estilo de vida. **EFDesportes**, v. 218, p. 1-4, 2016. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd218/promocao-da-saude-espaco-interdisciplinar.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

TAVARES, D. E. **A interdisciplinaridade na contemporaneidade: qual o sentido?**. In FAZENDA, I. C. A. (org.). O que é interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2008.

VERMELHO, L. L.; JORGE, M. H. P. M. **Mortalidade de jovens: análise do período de 1930 a 1991 (a transição epidemiológica para a violência)**. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 319-331, 1996. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101996000400005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101996000400005&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

VERONESE, A. M.; OLIVEIRA, D. L. L. C. **Os riscos dos acidentes de trânsito na perspectiva dos moto-boys: subsídios para a promoção da saúde**. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 12, pp. 2717-2721, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0102-311X2006001200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2006001200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

VIARO, M. E. **Etimologia**. São Paulo: Contexto, 2011.

VIEIRA, L. J. E. S. *et al.* **Relatos da equipe de saúde quanto às práticas educativas ao vitimado no trânsito durante a hospitalização/reabilitação num hospital de emergência**. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 1, pp. 213-223, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000100018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902010000100018&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 jun. 2018.

VOSGERAU, D. S. A. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista Diálogo Educacional**, v. 14, n. 41, p. 165-189, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on road traffic injury prevention**. Geneva: WHO, 2004.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6,

p. 47-61, 2000. Disponível em:  
<<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6347>>. Acesso em: 20 jun.  
2018.

# **FARMÁCIA E SAÚDE**

# PSICOFÁRMACOS NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: UMA REVISÃO

## PSYCHOPHARMACY IN THE TREATMENT OF CHEMICAL DEPENDENCE: A REVIEW

Marcos Fernando Knevez<sup>1</sup>  
Danieli Fernanda Buccini<sup>2</sup>

Recebido em: 21 mar. 2017  
Aceito em: 01 abr. 2018

**RESUMO:** A farmacoterapia atua no tratamento da dependência química, complementando outras atividades que procuram melhorar os aspectos da vida dos pacientes. Os tratamentos farmacológicos têm por finalidade prevenir ou atenuar a síndrome de abstinência, diminuir a fissura e atuar no tratamento das comorbidades. O objetivo deste trabalho foi revisar o modo de atuação dos psicofármacos no tratamento das dependências, além de verificar sua relação com as principais classes de substâncias de abuso. A metodologia utilizada foi a revisão sistemática, utilizando como critérios de avaliação a população envolvida de adultos e adolescentes, a intervenção referindo o uso de psicofármacos no tratamento da dependência química e como desfecho os efeitos dos medicamentos nos indivíduos. Apesar de apresentarem bons resultados no tratamento da dependência de álcool, nicotina e opioides, importantes adições como maconha, cocaína e seus derivados ainda não possuem tratamentos farmacológicos com evidências positivas comprovadas que permitam sua utilização. Desse modo, são necessárias mais pesquisas para a busca de novos medicamentos que auxiliem o tratamento dessas dependências, além da participação ativa do paciente no processo.

**Palavras-chave:** Psicofármacos. Tratamento. Dependência Química. Comorbidades. Fissura.

**ABSTRACT:** Pharmacotherapy works in the treatment of chemical dependency, complementing other activities which seek to improve the quality of patients' lives. Pharmaceutical treatments aim to prevent or attenuate a withdrawal syndrome, reduce craving and act in the treatment of comorbidities. The objective of this study is to review the way psychoactive drugs work in dependence treatment, as well as to verify their relationships with the major classes of substances of abuse. The methodology used was the systematic review, using as evaluation criteria the population of adults and teenagers engaged, the intervention related to the use of psychotropic drugs in the treatment of chemical dependence and as an outcome the effects of the drugs in the individuals. Despite the fact that it presents good results in treatment of alcohol dependence, nicotine and opioids, important additions such as marijuana, cocaine and its derivatives are not pharmacological treatments with proven positive evidence which allow its use yet. In this way, further studies are needed for the searching of new drugs for the treatment of addictions, besides the active participation of the patient in the process.

**Keywords:** Psychopharmaceuticals. Treatment. Chemical Dependency. Comorbidities. Craving.

<sup>1</sup> Farmacêutico pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Mestre em Saúde Coletiva (ULBRA). [marcosknevez@hotmail.com](mailto:marcosknevez@hotmail.com).

<sup>2</sup> Bióloga pela Universidade Anhanguera (UNIDERP) Mestre em Biotecnologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB). [dfbuccini@gmail.com](mailto:dfbuccini@gmail.com).

## INTRODUÇÃO

Dados recentes acerca do uso mundial de drogas ilícitas mostram que no ano de 2013 o número de usuários chegou a um total de 246 milhões e estima-se que uma entre vinte pessoas, com idade entre 15 e 64 anos, tenha utilizado alguma substância psicoativa (SPA) ilícita no último ano. A magnitude da questão se torna mais evidente quando se considera que mais do que um em dez consumidores de drogas é um usuário problemático, ou seja, apresenta algum tipo de distúrbio devido a este uso. Além disso, apenas um a cada seis desses consumidores problemáticos tem acesso a algum tipo de tratamento (UNODC, 2015).

A consequência deste uso abusivo é o aumento na carga global de doença e anos de vida produtiva perdidos (DEGENHARDT, et al, 2010), além de um número inaceitável de mortes relacionadas com drogas: cerca de 187100 pessoas perderam a vida prematuramente em 2013 (UNODC, 2015).

Apesar da utilização de alguma SPA não indicar necessariamente ser uso abusivo, ou mesmo de estado de dependência, os dados epidemiológicos demonstram que o grande volume de uso destas substâncias pela sociedade leva a necessidade de uma maior atenção com a dependência química (DQ).

As diferentes dimensões envolvidas no processo da dependência, além do uso prolongado das SPA, como os aspectos sociais, culturais, educacionais e comportamentais influenciam no tratamento desta síndrome (FIGLIE, BORDIN e LARANJEIRA, 2010). Desse modo, o desenvolvimento de tratamentos farmacológicos efetivos para os quadros de dependência tem sido prejudicado pela ainda deficiente compreensão das alterações bioquímicas que as SPA promovem no cérebro humano, assim como a relação entre essas alterações cerebrais e as modificações comportamentais, presentes no processo (VOLKOW, FOWLER e WANG, 2003).

Nesse contexto, as pesquisas têm procurado esclarecer as bases neurobiológicas do processo de dependência, pelo melhor entendimento dos mecanismos cerebrais envolvidos e nesse contexto, o sistema dopaminérgico tem se apresentado como potencialmente envolvido em mecanismos que desempenhariam papel destacado nos processos de dependência e abstinência (VOLKOW, FOWLER e WANG, 2003).

A farmacoterapia tem papel importante no tratamento da dependência química, complementando outras atividades que procuram melhorar os aspectos da vida dos pacientes, através da equipe multidisciplinar. Desse modo, os tratamentos farmacológicos teriam por finalidade prevenir ou atenuar a síndrome de abstinência, diminuir a fissura e atuar no tratamento das comorbidades (FONSECA e LEMOS, 2011).

Sendo assim, o objetivo deste trabalho é verificar o modo de atuação dos fármacos no tratamento da DQ, além de examinar sua relação com as principais classes de SPA.

## **METODOLOGIA**

A busca pelas referências foi realizada através do portal da CAPES - *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior* nas plataformas de pesquisa do próprio portal, BVS - *Biblioteca Virtual em Saúde* e EBSCO - *Elton B. Stephens Company*, utilizando as informações contidas nas diversas bases de dados eletrônicas, principalmente: MEDLINE - *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*, LILACS - *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* e SCIELO - *Scientific Electronic Library Online*. As palavras chave foram convertidas em descritores obtidos no site Ciências da Saúde (<http://decs.bvs.br>), sendo, em português: psicotrópicos; tratamento do abuso de substâncias; transtornos relacionados ao uso de substâncias; comorbidades; fissura. Em inglês: *psychotropic drugs; substance abuse treatment; substance related disorders; comorbidities; craving*. Os dados foram coletados entre julho e setembro de 2016, utilizando amostragem por conveniência, sendo selecionados os estudos identificados conforme a abrangência temporal entre 2006 e 2016 e quando o idioma utilizado era português, inglês ou espanhol. Além disso, foram utilizados como critérios para avaliação a população envolvida (adultos e adolescentes), a intervenção (uso de psicofármacos no tratamento da DQ) e o desfecho (efeitos dos medicamentos nos indivíduos).

A análise do material coletado foi realizada inicialmente pela leitura do título, resumo e palavras-chave, onde os artigos que estavam alinhados com os objetivos da pesquisa e atenderam os critérios de inclusão foram selecionados. Após foi feita a leitura da introdução e conclusão dos artigos e aqueles que não atenderam os objetivos da busca e os critérios de inclusão foram eliminados. Finalmente os artigos selecionados foram submetidos à leitura completa, focando nos objetivos e critérios de inclusão. Os artigos que passaram por este filtro foram considerados relevantes para a pesquisa e fazendo parte da revisão.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados da busca encontraram 288 artigos que atendiam os critérios de inclusão, sendo selecionados 49 destes trabalhos que se aproximaram dos objetivos da pesquisa e foram lidos completamente. Além disso, foram buscados 10 trabalhos encontrados nas referências dos artigos lidos e que entraram na revisão devido à especificidade do assunto. Os achados dessa revisão estão divididos em duas partes: o modo como os medicamentos atuam nos processos de tratamento da dependência química e a relação entre a psicofarmacoterapia e as principais classes de substâncias de abuso.

## **MODO DE ATUAÇÃO DOS FÁRMACOS NOS PROCESSOS DE DEPENDÊNCIA**

## QUÍMICA

A abordagem farmacológica tradicional do tratamento da DQ busca interferir nos processos neurológicos afetados pelo abuso das substâncias psicoativas. Esses procedimentos podem envolver o reforço positivo ao efeito das substâncias de abuso por buscar o bloqueio ou a redução da sensação de prazer das drogas ou pelo reforço negativo que visa aliviar as condições de abstinência (FURST, RIBA, AL-KHRASANI, 2013). Além disso, outras abordagens farmacológicas têm como alvo as vulnerabilidades individuais do dependente, como déficit cognitivo, diferenças de sexo e comorbidades psiquiátricas (FORRAY e SOFUOGLU, 2012).

## FÁRMACOS QUE ATUAM NO REFORÇO POSITIVO

O reforço positivo pode ser definido como qualquer estímulo que aumente a probabilidade de volta a um comportamento anterior, normalmente envolvendo uma recompensa hedônica. A autoadministração é a principal medida para o reforço das SPA de abuso e em quase todas as drogas, se traduz na recompensa subjetiva ou o “gostar” em humanos (BERRIDGE, ROBINSON, ALDRIDGE, 2009). Apesar do papel da dopamina no comportamento aditivo ainda continuar a ser discutido, este neurotransmissor é considerado como de fundamental relevância no processo de recompensa cerebral (DALLEY e EVERITT, 2009), embora este sistema também seja mediado por outros neurotransmissores, incluindo opioides endógenos, ácido g-aminobutírico (GABA) e endocanabinoides (HORDER, 2010). A identificação dos mecanismos destes neurotransmissores que participam da mediação dos aspectos da DQ a nível cerebral pode facilitar o desenvolvimento de novos alvos para a farmacoterapia das desordens causadas pelo uso abusivo de drogas.

Na abordagem agonista do reforço positivo os fármacos atuam nos mesmos receptores de neurotransmissores que são estimulados pelas SPA de abuso e sua principal estratégia é substituir as drogas de abuso, que possuem ação mais curta por fármacos de ação mais longa e segura, com possibilidade de posologia controlada. Exemplos tradicionais de tratamentos agonistas incluem metadona para a dependência de opioides e tratamento de reposição de nicotina para tabagistas. Outro modo de atuação dos tratamentos agonistas é pelo aumento da dopamina extracelular, pois além do seu papel no reforço ao uso de drogas, o déficit deste neurotransmissor resulta na manutenção do uso crônico de SPA (FORRAY e SOFUOGLU, 2012). Como exemplos, a dextroanfetamina, que aumenta a liberação de dopamina sináptica por interromper o armazenamento de dopamina em vesículas intracelulares (LONGO, 2010) e o metilfenidato que, como a cocaína, aumenta os níveis de dopamina sináptica por inibição da recaptação de transportador de monoaminas (LEVIN, 2007), têm sido testados no tratamento da dependência de cocaína e metanfetamina.

O transporte das moléculas da dopamina pelos circuitos cerebrais também estão



sendo alvo de estudo e fármacos como a lisdexanfetamina (JASINSKI e KRISHNAN, 2009) e o modafinil, que são estimulantes que estão sendo testados na adição por cocaína e metanfetamina, atuam como fracos transportadores da dopamina, o que aumenta a concentração desse neurotransmissor a nível sináptico. O modafinil, além de aumentar os níveis de dopamina sináptica, também estimula os neurônios hipotalâmicos de orexina, reduz a liberação de GABA e aumenta a liberação de glutamato (MARTINEZ-RAGA, KNECHT, CEPEDA, 2008).

Outras drogas que aumentam a dopamina foram avaliadas como potenciais intervenções terapêuticas com resultados mistos. A bupropiona, que atua como um inibidor da recaptação da dopamina e é utilizada no tratamento do tabagismo e a norepinefrina que produz aumento extracelular dos níveis de dopamina e tem sido usada com bons resultados na dependência do álcool, não demonstraram efeitos significativos para a cocaína e metanfetamina (SHOPTAW, 2008). Já o dissulfiram e o nopicastat são fármacos de abordagem agonista devido à sua função como um inibidor da dopamina-b-hidroxilase, o que proporciona um aumento dos níveis de dopamina. O dissulfiram já é utilizado com efetividade no tratamento do alcoolismo, mas está sendo testado, assim como o nopicastat, devido ao seu mecanismo de ação, para o tratamento da dependência de cocaína (HEIDBREder e NEWMAN, 2010).

De outra forma, na abordagem antagonista do reforço positivo, apesar dos fármacos também agirem nos mesmos sistemas de neurotransmissores das SPA de abuso, agora atuam no bloqueio dos efeitos dessas substâncias. Exemplos de antagonistas incluem a naltrexona e a buprenorfina para o tratamento da dependência de opioides, sendo a naltrexona também utilizada para a dependência de álcool, e a vareniclina para a dependência da nicotina. Já o nalmefeno, que possui mecanismo de ação semelhante a naltrexona, ainda está sendo testado no tratamento do alcoolismo (FORRAY e SOFUOGLU, 2012).

Antagonistas e agonistas parciais dos receptores de dopamina D3 são alvos promissores para pesquisa no tratamento da dependência de cocaína, pois enquanto os agonistas D3 aumentam os efeitos de recompensa da cocaína, antagonistas D3 ou agonistas parciais atenuariam o reforço da cocaína e reduziriam a autoestimulação e reposição de cocaína e anfetaminas (PENG, 2009). A eficácia dos agonistas parciais D3 e antagonistas ainda precisa ser analisada em estudos humanos.

## FÁRMACOS QUE ATUAM NO REFORÇO NEGATIVO

Os efeitos reforçadores negativos da abstinência causada pela utilização de substâncias de abuso estariam associados a alterações neuroadaptativas em vários sistemas de neurotransmissores cerebrais, como dopamina, norepinefrina, fator liberador de corticotropina (CRF), GABA e glutamato. Estas mudanças neuroadaptativas afetariam o sistema de recompensa cerebral causando os sintomas clínicos de abstinência, como

fissura e estados negativos de humor. O aumento da atividade da norepinefrina e do CRF está associado com o estado de ansiedade observado durante a abstinência aguda, enquanto que as alterações nos sistemas de dopamina, GABA e glutamato estão relacionados com o quadro de fissura (KOOB e VOLKOW, 2010).

A redução dos níveis dos neurotransmissores que afetam esse circuito de recompensa cerebral é presumida como pressuposto para mediar os sintomas clínicos verificados e a anedonia observada nos estados de abstinência de drogas (SCHMIDT e PIERCE, 2010). São exemplos de fármacos que atuam no reforço negativo de drogas a antalarmina, que é um antagonista seletivo de ação central dos receptores da CRF a metadona e a buprenorfina, que aliviam sintomas de abstinência de opioides, a bupropiona e a vareniclina, que reduzem os sintomas de abstinência da nicotina e atenuam estados de humor negativos após cessação de fumar (FORRAY e SOFUOGLU, 2012).

Outros compostos que atuam no reforço negativo são os que têm como alvo o sistema da orexina, que esta sendo relacionado aos sintomas de fissura e recidivas do uso de SPA de abuso. O exemplo dessa classe é o suvorexanto, um antagonista da orexina, desenvolvido inicialmente para insônia (KHOO e BROWN, 2014).

Medicamentos que tem seu foco sistema noradrenérgico também estão demonstrando resultados promissores para tratamentos do uso abusivo de SPA. O fármaco lofexina, agonista alfa adrenérgico, tem seus efeitos estudados em usuários de cocaína e opioides. Ensaio clínico estão em andamento para testar a eficácia do carvedilol, um antagonista alfa e beta adrenérgico e da guanfacina, uma agonista alfa adrenérgica, para a dependência de psicoestimulantes. A prazosina, um antagonista alfa adrenérgico, demonstrou em ensaios pré-clínicos que pode diminuir a autoadministração de etanol e heroína e a guanfacina está sendo testada na fissura por cocaína, com resultados promissores (FORRAY e SOFUOGLU, 2012).

Potenciais terapias farmacológicas para o tratamentos dos distúrbios causados pelo uso abusivo de SPA, possuem como base o estudo do papel do glutamato e do GABA nos processos da dependência. A memantina e a acetilcisteína tem como alvo o sistema glutamato e o baclofeno e a vigabatrina atuam no GABA (FORRAY e SOFUOGLU, 2012). Apesar dessa possibilidade, os ensaios com estas linhas de pesquisa ainda estão incipientes.

## FÁRMACOS QUE ATUAM NAS COMORBIDADES

Os distúrbios causados pelo uso abusivo de substâncias e outros transtornos psiquiátricos tem uma estimativa de ocorrência simultânea com prevalência superior a 60% (BRADY, 2007), sinalizando a necessidade de atenção especial com essa associação durante as intervenções terapêuticas. Além disso, existe uma relação dicotômica entre esses distúrbios, pois os transtornos psiquiátricos em pacientes com abuso de substâncias tanto podem anteceder ao problema do uso abusivo de SPA, quanto ser uma consequência

desse distúrbio (RIGGS, 2008).

Pacientes com concorrentes comorbidades e problemas com uso abusivo de substâncias são desafios especiais para o sistema de saúde em termos de diagnóstico e tratamento porque cada transtorno tem a capacidade de exacerbar o outro (RIGGS, 2008). Além disso, o tratamento desses distúrbios psiquiátricos que estão associados aos problemas relacionados ao uso de substâncias permite um melhor prognóstico nos resultados dos procedimentos (NARVAEZ, 2014) e a farmacoterapia tem papel fundamental nesse processo.

**Transtornos Psicóticos:** Os fármacos antipsicóticos atípicos têm sido alvo preferencial dos estudos com essa população em detrimento aos agentes antipsicóticos convencionais porque possuem menos efeitos colaterais que possam comprometer o cumprimento do tratamento, tratar de forma mais eficaz os sintomas negativos da esquizofrenia e diminuir a fissura pelas SPA.

A clozapina é o agente mais estudado nessa população, demonstrando num estudo comparativo com outros antipsicóticos, obter taxas de recaída menores (BRUNETTE, 2006). A olanzapina também se destaca em estudos por reduzir a fissura por cocaína e por obter mais tempo de descontinuação do uso de SPA, em comparação com risperidona e outros antipsicóticos típicos (SMELSON, 2006), além de ser considerada a molécula ideal para crise psicótica (VALERIANE, 2015). Outros fármacos foram testados para esta comorbidade específica com algum resultado positivo, como o aripiprazole para a fissura por álcool e cocaína e topiramato, dissulfiram e naltrexona na redução do uso de álcool (BRADY, 2007).

**Transtornos de Humor:** A comorbidade do tipo transtorno bipolar é considerada um potencial eixo causador de distúrbios por uso abusivo de drogas, uma vez que cerca de 50% dos indivíduos bipolares vai desenvolver algum tipo de problema por consumo de drogas durante a vida (BROWN, 2006). Testes comparando valproato de sódio mais de lítio com placebo mais lítio em indivíduos bipolares encontraram uma redução significativa na proporção de dias de consumo pesado, no grupo tratado com valproato. Notavelmente, a redução no consumo ocorreu na ausência de diferenças significativas de humor, sugerindo que o valproato pode ser utilizado nessa população (BRADY, 2007). A lamotrigina em monoterapia foi testada em indivíduos com transtorno bipolar e dependência de cocaína, resultando em melhorias no humor e diminuição do desejo pela droga (BROWN, 2006a).

**Depressão:** Embora a associação da depressão com abuso de substâncias esteja bem estabelecida, o assunto tem produzido debates quanto aonexo de causalidade e a etiologia compartilhada, com os diagnósticos influenciando as decisões de tratamento para pacientes com ambos os transtornos.

Os resultados de estudos de tratamento antidepressivo em pacientes dependentes de substâncias com depressão têm sido altamente variáveis, onde a farmacoterapia antidepressiva tem obtido efeitos benéficos modestos quanto aos aspectos da dependência

(BRADY, 2007).

**Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH):** Dados epidemiológicos demonstram a importância da relação entre TDAH e distúrbios por uso abusivo de substâncias, pois cerca de 20% dos adultos com problemas pelo uso de drogas possuem esta comorbidade. Este fato coloca o TDAH como um fator de risco para o desenvolvimento em alguma dependência na idade adulta (WILENS e FUSILLO, 2007).

A intervenção farmacoterápica no tratamento é fundamental, pois quando os indivíduos são tratados em idades menores diminui efetivamente o risco para o consumo de cigarros e de ocorrência para distúrbios causados pelo consumo de drogas na idade adulta. De outra forma, o tratamento farmacológico utilizado sozinho em adultos com TDAH e distúrbios por uso de drogas se torna inadequado pelos resultados pouco promissores. O fármaco mais utilizado para esta comorbidade é o metilfenidato, mas bupropiona, venlafaxina e atomoxetina também foram utilizados com resultados positivos (WILENS e FUSILLO, 2007).

**Ansiedade:** O diagnóstico da ansiedade é dificultado quando se apresenta como uma comorbidade ao uso abusivo de drogas, pois muitos dos sintomas de abstinência de substâncias, principalmente na fase da desintoxicação, podem ser confundidos com os da ansiedade, podendo prejudicar sua identificação. Os antidepressivos tricíclicos têm recebido maior suporte empírico para o tratamento de transtornos de ansiedade, mas os seus perfis de efeitos colaterais e toxicidade impedem o seu uso como um tratamento de primeira linha, sendo os inibidores da recaptção da serotonina geralmente considerados como tal. Os benzodiazepínicos, classicamente ansiolíticos, não são recomendados para populações que fazem abuso de substâncias pelo potencial de dependência que apresentam (KELLY, 2012).

## FARMACOTERAPIA DAS SUBSTÂNCIAS DE ABUSO

A farmacoterapia tem desempenhado um papel cada vez mais importante no tratamento da dependência, onde os medicamentos são utilizados principalmente como adjuvantes de tratamentos psicossociais. A atuação da farmacoterapia no tratamento do uso abusivo de SPA vai depender do tipo específico de droga e os fármacos podem ter como objetivos: gestão de síndromes de abstinência através da desintoxicação, atenuação do desejo em usar a droga (fissura), prevenção de recaída e redução de danos (DOUAIHY, 2013).

**Nicotina (Tabaco):** Embora os efeitos nocivos do tabagismo apareçam normalmente a longo prazo e os outros componentes do tabaco sejam os principais responsáveis, a nicotina é o agente causador da dependência. Os principais agentes farmacológicos que atuam nesse tipo de adição são:

- A bupropiona, um antidepressivo atípico com ações dopaminérgicas e adrenérgicas, e que atuaria como um antagonista no receptor nicotínico acetilcolinérgico. Seu

efeito positivo na cessação em fumar parece ser independente da sua ação antidepressiva (HUGHES, 2007).

- A vareniclina, um agonista parcial do receptor da nicotina, que atua por combinação entre contrariar os sintomas de abstinência (atuando como um agonista) e reduzir a satisfação de fumar (agindo como um antagonista). Em estudos comparativos, teria ação superior a bupropiona na cessação do tabagismo (TONSTAD, 2010).
- A terapia de reposição de nicotina, que consiste em utilizar a nicotina em doses terapêuticas, sem outras toxinas presentes no cigarro, fornecendo um substituto parcial do hábito de fumar. A nicotina a partir do produto se liga a receptores nicotínicos acetilcolinérgicos do sistema nervoso central de uma forma dependente da dose, reduzindo o desejo de fumar e os sintomas de abstinência, bloqueando parcialmente o efeito de recompensa do cigarro (LINGFORD-HUGHES, 2012).

**Álcool:** A psicofarmacoterapia utilizada nos problemas causados pelo uso abusivo do álcool envolve os medicamentos para a desintoxicação, como os benzodiazepínicos, estabilização médica, tratamento da abstinência e dependência, com destaque para os três fármacos aprovados pelo FDA (food and drug administration) para este tipo de tratamento, dissulfiram, acamprosato e naltrexona, além do topiramato.

- Os benzodiazepínicos atuam sobre o GABA, diminuindo a atividade do sistema nervoso, auxiliando na desintoxicação do paciente através da redução da frequência cardíaca, pressão arterial, sudorese e ansiedade que estão associados ao processo de abstinência alcoólica. Além disso, previnem as convulsões e a ocorrência de delírio. Devem ser utilizados por curto prazo, pois geram tolerância e podem promover interações com pacientes que apresentarem recaídas (DOUAIHY, 2013).
- O dissulfiram é o primeiro medicamento aprovado pelo FDA para a dependência de álcool e está disponível há mais de 50 anos. Ele funciona inibindo a enzima aldeído desidrogenase, que converte o acetaldeído em acetato na quebra de álcool. O acúmulo de acetaldeído promove reações desagradáveis ao paciente, incluindo sudorese, náuseas, vômitos, rubor facial, taquicardia, cefaléia, falta de ar e hipotensão. Esse estado aversivo que serve para atenuar o comportamento dependente pelo reforço negativo, auxiliando a alcançar um período inicial de abstinência que melhoraria o envolvimento nos tratamentos psicossociais (POLYDOROU, 2008).
- A naltrexona é um medicamento para o tratamento de dependência de longo prazo, sendo um antagonista opioide competitivo que bloquearia os aspectos gratificantes de beber pela ocupação dos receptores opioides de beta-endorfinas. A diminuição a liberação de dopamina, reduziria o efeito inebriante do álcool. Além disso, uma hipótese para explicar a ação desse fármaco na redução em beber é que ele precipitaria a seditação, o que faria com que os pacientes evitem o álcool para atenuar a seditação adicional. (POLYDOROU, 2008).
- O acamprosato afeta diversos neurotransmissores e estruturalmente lembra GABA

e glutamato. O glutamato é um dos principais neurotransmissores implicados no aumento da atividade neurológica e o acamprosato age sobre os receptores gabaérgicos, modulando o glutamato (POLYDOROU, 2008). Além disso, seu efeito antagonista do N-metil-D-aspartato, explicaria seus efeitos positivos na diminuição da dependência. É mais eficaz quando administrado no período inicial após a cessação da abstinência aguda. Especificamente, o acamprosato age para diminuir a vontade de beber provocada pelo desejo de aliviar os sintomas de abstinência (DOUAIHY, 2013).

- O topiramato é um antiepilético que inibe as propriedades excitatórias da transmissão do glutamato. Acredita-se que esta propriedade pode diminuir a liberação de dopamina no nucleus accumbens em resposta ao consumo de álcool. Apesar do topiramato não ser aprovado pelo FDA para a dependência de álcool, dados comparando este anticonvulsivante com placebo mostraram uma redução no beber e aumento da abstinência (JOHNSON, 2007).

**Maconha (*Cannabis sativa*):** A dependência de cannabis está em terceiro lugar em termos de prevalência na população, atrás de que ao tabaco e álcool. Apesar disso, ainda não existe uma base clara de evidências para o tratamento farmacológico dessa adição e nenhuma farmacoterapia pode ser recomendada. As investigações se concentram principalmente no alívio dos sintomas de abstinência para ajudar nas tentativas de cessar o uso. Embora os sintomas se apresentem a nível emocional e comportamental, mudança de apetite, perda de peso e desconforto físico também são relatados (LINGFORD-HUGHES, 2012).

- Testes realizados com tetrahydrocannabinol, lofexidina, rimonabant, carbonato de lítio, valproato de sódio, mirtazapina, fluoxetina e bupropiona foram realizados sem resultados positivos que pudessem indicar o seu uso no tratamento dessa dependência. (LINGFORD-HUGHES, 2012). A bupropiona inclusive piorou sintomas como irritabilidade, distúrbios do sono e alterações de humor (RIGGS, 2007).

**Estimulantes (Cocaína, Anfetamina e derivados):** As pesquisas em farmacoterapia para a dependência das substâncias estimulantes têm sido intensas e focam principalmente o tratamento de usuários dependentes de cocaína e anfetamina, onde os objetivos do tratamento geralmente são o manejo da retirada e a manutenção da abstinência, embora tratamentos de substituição com metas de redução de danos também sejam considerados. Apesar desses esforços, não existe uma farmacoterapia com evidência sólida o bastante para o tratamento dessa dependência.

- Agentes gabaérgicos (topiramato, tiagabina, baclofeno, vigabatrina), agonistas de reposição (modafinil, dissulfiram, metilfenidato), neurolépticos de segunda geração com ação em receptores serotoninérgicos (olanzapina e aripiprazol) e bupropiona (somente ela entre os agentes dopaminérgicos) demonstraram algum resultado positivo nos testes realizados, porém ainda sem comprovação de benefícios que resultassem em aprovação do seu uso para o tratamento da dependência dos

estimulantes (SOFUOGLU, 2006; LINGFORD-HUGHES, 2012).

**Opioides:** As terapias farmacológicas mais eficazes para transtornos por uso de opioides são as terapias agonistas, onde os fármacos que ocupam os locais estimulados pelos opioides, possuem um perfil farmacocinético diferente (tempo de ação mais longo) e com menor efeito que as drogas de abuso, proporcionando menor reforço. A metadona e a buprenorfina são os agentes agonistas mais utilizados (DOUAIHY, 2013). Outro tipo de terapia utiliza fármacos como a naloxona e a naltrexona, com ação antagonista opioide, que diminui os efeitos prazerosos das SPA de abuso.

- A metadona é o medicamento mais estudado e utilizado nesse tipo de dependência, sendo aprovado pelo FDA para essa dependência. Também utilizado como analgésico da dor aguda (DOUAIHY, 2013). Tem ação agonista completa sobre os receptores opioides  $\mu$  (mu) e tempo de meia vida de 24 horas (LINGFORD-HUGHES, 2012).
- A buprenorfina é um agente agonista opioide misto, capaz de produzir efeito agonista parcial nos receptores  $\mu$  e efeito antagonista nos receptores  $\kappa$  (kappa), resultando em bons resultados para o tratamento dessa dependência. Utilizada como analgésico potente, atua por até 48 horas e apresenta menores riscos de depressão respiratória que a metadona (DOUAIHY, 2013).
- A naloxona é um antagonista opioide usada com a buprenorfina para potencializar o efeito positivo no tratamento da dependência por opioides, sendo essa associação aprovada pelo FDA (DOUAIHY, 2013).
- Outro medicamento utilizado é a naltrexona, que atua como antagonista opioide que bloqueia os efeitos das substâncias de abuso. Deve ser utilizada após a cessação de uso dos opioides, pois pode ocasionar depressão respiratória em usuários ativos. Não possui potencial de abuso (LINGFORD-HUGHES, 2012).

**Sedativos e Hipnóticos:** Esta classe de substâncias de abuso tem como particularidade o fato de se apresentar normalmente como psicofármacos clássicos, onde o processo de dependência ocorre principalmente pelo tempo de uso prolongado, dose elevada e tempo de meia vida alto dos medicamentos (LADER, 2008).

Os medicamentos utilizados são os próprios benzodiazepínicos, agindo por serem agonistas, mas com tempo de meia vida maior, tendo redução gradual da dose e por pouco tempo de tratamento (LINGFORD-HUGHES, 2012). Outra opção é o uso do flumazenil, que é um antagonista competitivo e específico dos receptores benzodiazepínicos, revertendo seus efeitos. Deve ser utilizado com cuidado, pois pode ocasionar intoxicação por acúmulo de benzodiazepínicos (LADER, 2008).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DQ é uma doença crônica que requer uma abordagem multiprofissional

---

abrangente e de longo prazo, onde a compreensão dos mecanismos que determinam a ação das substâncias de abuso e dos próprios psicofármacos não é suficiente para a obtenção de resultados positivos do tratamento. Isto ocorre porque a DQ não depende apenas da substância de abuso, mas também outros fatores como aspectos individuais genéticos e coletivos sociais.

Os psicofármacos assumem importante função no processo por auxiliar os tratamentos psicossociais na desintoxicação, recuperação inicial e prevenção da recaída, mas seus benefícios são limitados. Apesar de apresentarem bons resultados no tratamento da dependência de álcool, nicotina e opioides, importantes adições como maconha, cocaína e seus derivados ainda não possuem tratamentos farmacológicos com evidências positivas comprovadas que permitam sua utilização.

Sendo assim, são necessárias mais pesquisas para a busca de novos medicamentos que auxiliem o tratamento dessas dependências, além da conscientização do paciente em participar ativamente do processo de recuperação, inclusive com ações não farmacológicas.

## REFERÊNCIAS

BERRIDGE, K. C; ROBINSON, T. E; ALDRIDGE, J. W. **Dissecting components of reward: liking, wanting, and learning.** *Curr Opin Pharmacology*, n. 9, p. 65–73, 2009.

BRADY, K. T. et al. **Treatment of Patients Comorbid for Addiction and Other Psychiatric Disorders.** *Current Psychiatry Reports*, n.9, p. 374-80, 2007.

BROWN, E. S. et al. **Naltrexone in patients with bipolar disorder and alcohol dependence.** *Depress Anxiety*, n. 23, p. 492–95, 2006.

BROWN, E. S. et al. **Lamotrigine for bipolar disorder and comorbid cocaine dependence: a replication and extension study.** *J Affect Disord*, n. 93, p. 219–22, 2006.

BRUNETTE, M. F. et al.: **Clozapine use and relapses of substance use disorder among patients with co-occurring schizophrenia and substance use disorders.** *Schizophr Bull*, 32, p. 637–43, 2006.

DALLEY, J. W; EVERITT, B. J. **Dopamine receptors in the learning, memory and drug reward circuitry.** *Semin Cell Dev Biol*, n. 20, p. 403–10, 2009.

DEGENHARDT, L. et al. **Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010.** *Lancet*, n. 382, p. 1564-74, 2013.

DOUAIHY, A. B; KELLY, T. M; SULLIVAN, C. **Medications for Substance Use Disorders.** *Social Work in Public Health*, n. 28, p. 264–78, 2013.

FIGLIE, N. B; BORDIN, S; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química.** 2 ed. São Paulo, Ed Roca. 2010.



FONSECA, V. A. S; LEMOS, T. **Farmacologia na dependência química.** In: DIHL, A; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRA, R. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. São Paulo, Ed. Artmed. p. 25-34, 2011.

FORRAY, A. SOFUOGLU, M. **Future pharmacotherapies for substance use disorders.** British Journal of Clinical Pharmacology, 77(2), p. 382-400, 2012.

FURST, S; RIBA, P; AL-KHRASANI, M. **New approach to the neurobiological mechanisms of addiction.** Neuropsychopharmacologia Hungarica, 15(4), p. 189-205, 2013.

HEIDBREder, C. A; NEWMAN, A. H. **Current perspectives on selective dopamine D(3) receptor antagonists as pharmacotherapeutics for addictions and related disorders.** Ann N Y Acad Sci, 1187, p. 4–34, 2010.

HORDER, J. et al. **Reduced neural response to reward following 7 days treatment with the cannabinoid antagonist rimonabant in healthy volunteers.** Int J Neuropsychopharmacol, n.13, p. 1103–13, 2010.

HUGHES, J. R; STEAD, L.F; LANCASTER, T. **Antidepressants for smoking cessation.** Cochrane Database of Systematic Reviews, 1. n. CD000031. DOI: 10.1002 /14651858. CD000031.pub3, 2007.

JASINSKI, D. R; KRISHNAN, S. **Abuse liability and safety of oral lisdexamfetamine dimesylate in individuals with a history of stimulant abuse.** J Psychopharmacology, 9(23), p. 419–27, 2009.

JOHNSON, B. A. et al. **Topiramate for treating alcohol dependence: a randomized controlled trial.** JAMA, 298(14), p. 1641-51, 2007.

KELLY, T. M; DALEY, D. C; DOUAIHY, A. B. **Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders.** Addictive Behaviors, n. 37, p. 11–24, 2012.

KHOO, S. Y. S; BROWN, R. M. **Orexin/Hypocretin Based Pharmacotherapies for the Treatment of Addiction: DORA or SORA?** CNS Drugs, n. 28, p. 713–30, 2014.

KOOb, G. F; VOLKOW N. D. **Neurocircuitry of addiction.** Neuropsychopharmacology, n. 35, p. 217–38, 2010.

LADER, M. **Effectiveness of benzodiazepines: do they work or not?** Expert Rev Neurother, 8(8), p. 1189- 91, 2008.

LEVIN, F. R. et al. **Treatment of cocaine dependent treatment seekers with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate and placebo.** Drug Alcohol Depend, n. 87, p. 20–9, 2007.

LINGFORD-HUGHES, A. R. et al. **BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP.** Journal of Psychopharmacology, 26(7), p. 899–952, 2012.

LONGO, M. et al. **Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence.** Addiction, n.105, p. 146–54, 2010.

---

MARTINEZ-RAGA, J; KNECHT, C; CEPEDA, S. **Modafinil: a useful medication for cocaine addiction?** Review of the evidence from neuropharmacological, experimental and clinical studies. *Rev. Curr Drug Abuse*, n.1, p. 213–21, 2008.

NARVAEZ, J. C. M. et al. **Psychiatric and substance use comorbidities associated with lifetime crack cocaine use in young adults in the general population.** *Comprehensive Psychiatry*, n. 55, p. 1369–376, 2014.

PENG, X. Q. **The preferential dopamine D3 receptor antagonist S33138 inhibits cocaine reward and cocaine triggered relapse to drug-seeking behavior in rats.** *Neuropharmacology*, n. 56, p. 752–60, 2009.

POLYDOROU, P; LEVIN, F. R. **Treating alcohol dependence: When and how to use 4 medications.** *Current Psychiatry*, 7(2), p. 25-37, 2008.

RIGGS, P. D. et al. **A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioral therapy in adolescents with major depression, behavior problems, and substance use disorders.** *Arch Pediatr Adolesc Med*, n. 161, p. 1026–34, 2007.

RIGGS, P. et al. **Comorbid Psychiatric and Substance Abuse Disorders: Recent Treatment Research.** *Substance Abuse*, 29 (3), p. 51-63, 2008.

SCHMIDT, H. D; PIERCE, R. C. **Cocaine induced neuroadaptations in glutamate transmission: potential therapeutic targets for craving and addiction.** *Ann N Y Acad Sci*, 1187, p. 35–75, 2010.

SHOPTAW, S. **Bupropion hydrochloride versus placebo, in combination with cognitive behavioral therapy, for the treatment of cocaine abuse/dependence.** *Journal Addict Dis*, n. 27, p. 13–23, 2008.

SMEYSON, D. A. et al. **Antipsychotic treatment discontinuation among individuals with schizophrenia and co-occurring substance use.** *J Clin Psychopharmacology*, n. 26, p. 666–67, 2006.

SOFUOGLU, M; KOSTEN, T. R. **Emerging pharmacological strategies in the fight against cocaine addiction.** *Expert Opin Emerg Drugs*, 11(1), p. 91-98, 2006.

TONSTAD, S; DAVIES, S; FLAMMER, M. et al. **Psychiatric adverse events in randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trials of varenicline: a pooled analysis.** *Drug Saf*, n. 33, p. 289–301, 2010.

VALERIANE, G. et al. **Olanzapine as the ideal “trip terminator”?** Analysis of online reports relating to antipsychotics’ use and misuse following occurrence of novel psychoactive substance-related psychotic symptoms *Hum. Psychopharmacology Clin Exp*. n. 30, p. 249–54, 2015.

VOLKOW, N. D; FOWLER, J. S; WANG, G. J. **Positron emission tomography and single-photon emission computed tomography in substance abuse research.** *Semin. Nucl. Med*, 33(2), p. 114-28, 2003.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report: executive summary.** Viena, 2015. Disponível em: <<http://www.unodc.org/documents>

---

[/wdr2015/world\\_drug\\_report\\_2015.pdf](#)> acesso em: 16 ago. 2016.

WILENS, T. E; FUSILLO, E. **When ADHD and Substance Use Disorders Intersect: Relationship and Treatment Implications.** Current Psychiatry Reports, n. 9, p. 408–14, 2007.

**LEVANTAMENTO DE DADOS ACERCA DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS  
PELOS IDOSOS QUE MORAM SOZINHOS NA CIDADE DE FRAIBURGO – SANTA  
CATARINA**

*DATA SURVEY ON THE RATIONAL USE OF MEDICINES BY ELDERLY PEOPLE WHO  
LIVE ALONE IN FRAIBURGO CITY - SANTA CATARINA*

Andréa Cristina Dallazem Schweitzer<sup>1</sup>  
Bibiana Paula Drambrós<sup>2</sup>  
André Leonardo Correa<sup>3</sup>  
Mônica Frighetto<sup>4</sup>

Recebido em: 10 jul. 2017  
Aceito em: 05 maio 2018

**RESUMO:** Os idosos representam o grupo etário com maior índice de utilização de fármacos na sociedade. O envelhecimento, sendo um processo biológico, acarreta o desenvolvimento de muitas doenças devido à suscetibilidade natural do organismo. Sendo assim, a terapia medicamentosa deve ser aplicada com cautela no idoso, devido alteração da metabolização dos fármacos comparada à de adultos jovens. O objetivo do estudo foi identificar a forma, frequência e controle com que idosos que vivem sozinhos, no bairro São Miguel, no município de Fraiburgo, Santa Catarina, fazem uso de seus medicamentos. Para a coleta de dados, adotou-se a entrevista através da aplicação de um questionário contendo perguntas fechadas, e que foi aplicado para os 50 idosos nos meses de outubro e novembro de 2016. Todos os indivíduos da amostra faziam o uso de algum medicamento continuamente, incluindo medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, insuficiência renal, tromboembolia e também medicamentos controlados para transtorno da ansiedade e/ou transtorno depressivo maior. Dos entrevistados, 60% (30) eram do gênero feminino, somente 4% (2) finalizaram o ensino médio. Em relação a automedicação 80% declararam que a fazem e 62% afirmaram já ter tomado algum medicamento por indicação de uma pessoa não especializada. Todos os entrevistados tomam entre 2-12 medicamentos diariamente. Constatou-se padrão elevado de uso de medicamentos entre os idosos que moram sozinhos, resultado preocupante levando em consideração o baixo grau de escolaridade, de entendimento e os problemas de interação medicamentosa, reações adversas que esses medicamentos podem causar quando tomados de maneira irracional.

**Palavras-chave:** Idosos. Automedicação. Uso Racional de Medicamentos.

**ABSTRACT:** The elderly represents the age group with the highest rate of drug use in society. Aging, being a biological process, causes the development of many diseases due to the natural susceptibility of the organism. Therefore, drug therapy should be applied cautiously in the elderly, due to altered drug metabolism compared to young adults. The objective of the study was to identify the form, frequency and control with

<sup>1</sup> Universidade do Oeste de Santa Catarina- UNOESC –VIDEIRA.

<sup>2</sup> Universidade do Oeste de Santa Catarina- UNOESC –VIDEIRA.

<sup>3</sup> Universidade do Oeste de Santa Catarina- UNOESC –VIDEIRA.

<sup>4</sup> Universidade do Oeste de Santa Catarina- UNOESC –VIDEIRA.

which elderly people living alone in the São Miguel neighborhood in the city of Fraiburgo, Santa Catarina, use their medications. For the data collection, the interview was adopted through the application of a questionnaire containing closed questions, which was applied to the 50 elderly people in the months of October and November of 2016. All individuals in the sample used some medication continuously, including medicines for the treatment of systemic arterial hypertension, hypercholesterolemia, renal failure, thromboembolism and also controlled medications for anxiety disorder and / or major depressive disorder. Of the interviewees, 60% (30) were female, only 4% (2) finished high school. Regarding self-medication, 80% said they did it and 62% said they had already taken some medicine for the indication of a non-specialist. All respondents take between 2-12 medications daily. It was found a high standard of medication use among the elderly living alone, a worrying result considering the low level of schooling, understanding and problems of drug interaction, adverse reactions that these drugs can cause when taken in an irrational way.

**Keywords:** Elderly. Self-medication. Rational Use of Medications.

## INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016), a população idosa brasileira cresceu quase oito vezes mais em relação aos jovens e quase duas vezes mais que a população total nos últimos 30 anos. Portanto, a estimativa é de que, depois dos já marcados 6,3% da população total com mais de 60 anos em 1980, as projeções para população idosa extrapolem os 14%, no ano de 2025. Com estes valores absolutos, o Brasil colocar-se-á como a sexta sociedade com mais idosos do mundo (BEZERRA, 2014).

Acompanhando a evolução geral da idade da população absoluta brasileira, segundo o IBGE, em 2015, o Estado que apresentou a maior expectativa de vida ao nascer foi Santa Catarina (78,7 anos). Isso demonstrou maior expectativa de vida para os homens (75,4 anos) e para as mulheres (82,1 anos) no período, o que sinaliza certa urgência para um aumento na manutenção e assistência a essa faixa etária, que utiliza medicamentos e que demonstra claro crescimento contemporâneo (IBGE, 2016).

Portanto, com o avanço da população idosa no Brasil, sobretudo em Santa Catarina, aumentam-se os desafios aos serviços e aos profissionais da saúde. Como consequência deste avanço geral na média de idade, diversas patologias são encontradas com variadas sintomatologias e, ademais, a ocorrência e prevalência de doenças crônicas degenerativas, as quais normalmente dependem de terapêuticas medicamentosas prolongadas ou contínuas que necessitam de cuidados especiais e determinações específicas em sua manutenção (MOREIRA et al. 2013).

Refletindo o aumento da população de idosos, no Brasil, nota-se um aumento significativo no consumo de medicamentos por esta população, o que leva, dentre outros problemas, o uso incorreto ou desnecessário, resultando em consequências sérias como efeitos colaterais indesejados, reações alérgicas, intoxicações e outros, por parte dos medicados (GALATO et al. 2008).

Para as pessoas idosas, os riscos envolvidos no consumo de medicamentos são maiores, se comparados às demais camadas da população. No processo do envelhecimento acontecem muitas alterações em nível fisiológico, o que afeta o metabolismo das substâncias no organismo, aumentando assim o risco de interação medicamentosa quando muitos medicamentos são administrados juntamente (LUZ, LIMA, MONTEIRO, 2013). Esse fenômeno é observado porque as alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas são afloradas, próprias do processo de envelhecimento, e que tornam esse contingente populacional mais vulnerável às interações entre medicamentos, efeitos colaterais e reações medicamentosas adversas (GOLLARTE et al. 2012). Aconselhamentos permitem um melhor relacionamento entre os profissionais de saúde e o paciente, tornando o tratamento mais eficaz e capacita o idoso a lidar com possíveis efeitos colaterais e interações medicamentosas, contribuindo para a adesão do tratamento (ANDRADE, SILVA, FREITAS, 2009).

O maior aconselhamento e o possível acompanhamento de profissionais de saúde diminuiriam os efeitos controversos da automedicação, já que os idosos são os que mais se queixam de problemas relacionados à saúde, e que recorrem com maior facilidade aos medicamentos que tem em casa como alívio dos seus problemas (LUZ, LIMA, MONTEIRO, 2013).

Assim, os medicamentos representam um dos itens mais importantes da atenção à saúde do idoso. As causas de adoecimento e morte neste grupo específico são de etiologia multifatorial e funcional. Associa-se a isso a imensa variedade e disponibilidade de especialidades farmacêuticas e associações de fármacos sem racionalidade terapêutica que justifique a sua comercialização no vasto mercado farmacêutico (FLORES, 2008). Baseando-se neste ponto, percebe-se que as pessoas idosas necessitam de mais informações, porque ao ter tais respostas, é possível evitar muitos eventos nocivos, da qual essas pessoas estão sujeitas. Somadas com uma maior facilidade na aquisição de medicamentos de venda livre, abre-se uma maior possibilidade de o enfermo possuir um estoque variado dos mesmos em casa (LUZ, LIMA, MONTEIRO, 2013).

Desta forma, esse estoque acarreta que as pessoas usem indiscriminadamente tais medicamentos quando os têm em casa, sem conhecer os verdadeiros efeitos do que estão administrando por conta própria. Outro determinante para o agravamento do problema da automedicação caracteriza-se por um atendimento fragmentado ao idoso que não considera, na maioria das vezes, suas especificidades (MANSO, BIFFI, GERARDI, 2015).

Essas deficiências técnicas, somadas a problemas de conhecimento teórico e informação por parte da população idosa, acarreta uma possível predisposição ao uso irracional de medicamentos.

Diante disso, é impossível ignorar a importância de se adotar uma abordagem para as questões ligadas ao uso racional de medicamentos pelos idosos que moram sozinhos. A relevância do tema, a escassez de estudos e o interesse em promover possíveis ajustes para a melhoria da qualidade de vida do idoso, foram os motivos que levaram a autora ao presente desafio que teve como principal objetivo averiguar se o uso de medicamentos é

feito de uma forma racional na população idosa.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa quantitativa e exploratória, a qual foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Oeste de Santa Catarina sob o CAEE: 57538916.0.0000.5367 e número do parecer aprovado: 1647599.

A pesquisa foi realizada no bairro São Miguel, do município de Fraiburgo, Santa Catarina, Brasil, com 50 idosos domiciliados, com idade superior a 60 anos entre os meses de outubro e novembro de 2016. Para a coleta de dados, adotou-se a entrevista através da aplicação de um questionário contendo perguntas fechadas. Estas foram apresentadas exclusivamente para os idosos que moravam sozinhos e que recebiam visitas mensais das agentes de saúde do município. Todos os participantes foram orientados sobre o estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), no qual estava delineado o teor da pesquisa.

O instrumento de pesquisa fora elaborado para obtenção de selecionadas características dos pesquisados, que conferem: gênero, escolaridade, se possui auxílio com seus medicamentos, identificação, tipo de uso e se possui medicamentos de uso contínuo, onde os adquirem, hábitos de horário, hábitos de automedicação e se conferem a validade dos medicamentos. Os resultados foram analisados através da frequência de ocorrência e os percentuais das variáveis estudadas.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O instrumento de pesquisa aplicado para a obtenção de dados no bairro São Miguel, faz referência aos 50 idosos que moram sozinhos. Destes: 60% (30) pertenciam ao gênero feminino e 40% (20) e a média de idade dos entrevistados foi de 71,08 anos.

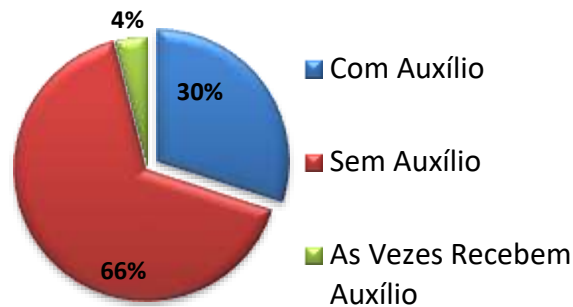
Um importante ponto da análise deste trabalho, já que ao apresentar problemas relacionados à poli farmácia, com o envelhecimento ainda maior da população absoluta, os problemas tenderão a se agravar. Portanto, com o envelhecimento da população, surgem-se várias alterações fisiológicas, como a redução de mecanismos homeostáticos e da função hepática, associados à deficiência visual e declínio cognitivo. Degenerações naturais que, dependendo da situação, pode acarretar no aparecimento de reações adversas a medicamentos (MANSO, BIFFI, GIRARDI, 2015).

Em relação ao auxílio com a administração dos medicamentos 33 indivíduos (66%) afirmaram não receber nenhum tipo de ajuda, como é demonstrado na figura 1.

A problemática associada à administração por conta própria da população pesquisada é o fator-chave, que pode ser ligado ao fato de viverem sós, sem o possível convívio constante de parentes ou cuidadores. Então, notado o envelhecimento progressivo

da população brasileira, demonstram-se necessárias às instaurações de políticas e medidas de saúde direcionadas a essas pessoas e a seus familiares (MOREIRA et al. 2013).

**Figura 1** – Distribuição dos idosos que responderam se recebem auxílio na administração de seus medicamentos.

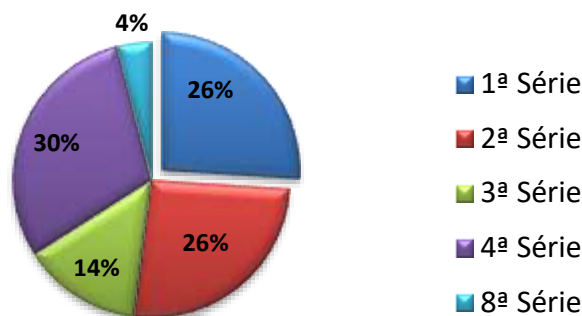


**Fonte:** Os autores (2017)

Cria-se, portanto, um vínculo entre cuidadores e enfermos, que estarão ligados principalmente na prática da prevenção de doenças e a promoção da saúde, objetivando retardar as modificações decorrentes do envelhecimento da população (MOREIRA et al. 2013).

Em relação ao grau de instrução, apenas 2 (4%) indivíduos possuem o ensino fundamental completo, enquanto o restante alegou não ter completado a 8ª série (figura 2).

**Figura 2** – Distribuição do grau de escolaridade dos idosos entrevistados.



**Fonte:** Os autores (2017).

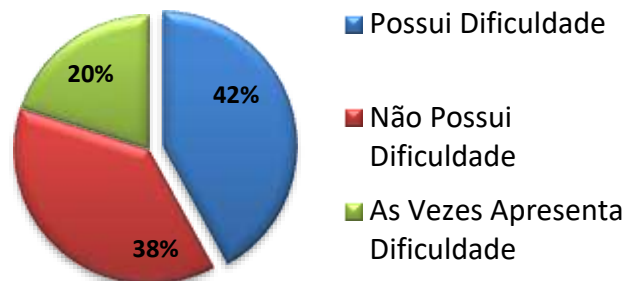
Como provável agravante da baixa escolaridade, existe o indício do ingresso prematuro no mercado de trabalho ou na ajuda com os trabalhos manuais no campo, já que a taxa de analfabetismo no campo chega a 23,3%, um número mais de três vezes maior do que a das áreas urbanas, que é de 7,6%, (IBGE, 2010). Também, segundo o CENSO de 2010, constata-se que a população rural residente de Santa Catarina é de 1.000.485, cifra relativa a mais de 16% da população total do Estado, superior à média brasileira de 12%.

No que tange a questão da posologia dos medicamentos 21 (42%) indivíduos da amostra afirmou possuir dificuldade em seu entendimento (figura 3). Logo, sendo a posologia parte crucial da terapêutica, faz-se crer que possivelmente exista uma relação



entre um baixo teor de ensino demonstrado entre pacientes idosos, sua idade já avançada e um diminuto auxílio na administração diária de medicamentos, explicitado na forma de falta de cuidados específicos (MOREIRA et al. 2013).

**Figura 3** – Distribuição da dificuldade no entendimento da posologia dos medicamentos.

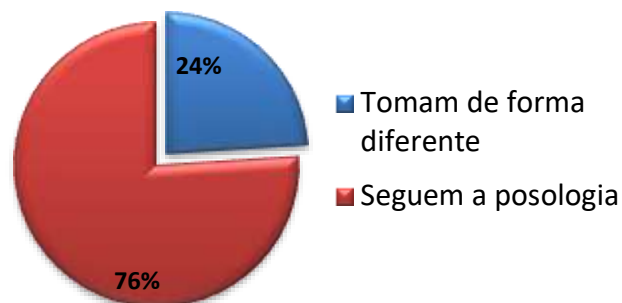


**Fonte:** Os autores (2017).

Sobre as dificuldades encontradas pela população idosa no entendimento da posologia medicamentosa, e também baseado nos dados do CENSO 2010 (IBGE, 2010) sobre a necessidade de cuidados e cuidadores especializados, Segundo Küchemann (2012), complementa que com o avanço da idade o idoso sofre graduais perdas cognitivas, mudanças comportamentais e emocionais, e que dispõem ativamente do cuidado.

Sobre a regularidade na administração de seus medicamentos, a grande maioria – 47 indivíduos (94%) - alega tomar os medicamentos nos horários corretos, apesar de quando requisitados sobre a utilização de seus medicamentos de uso contínuo, 12 (24%) indivíduos alegaram tomar os medicamentos de forma alternativa à prescrição médica. De forma conjunta, esses dados podem indicar cautela por parte do paciente em manter seus horários padronizados, apesar de 24% manterem esse padrão de forma diferente à prescrita profissionalmente, como notado na pesquisa (figura 4).

**Figura 4** – Índice de idosos que tomam seus medicamentos de uso contínuo diferente da prescrição médica.



**Fonte:** Os autores (2017).

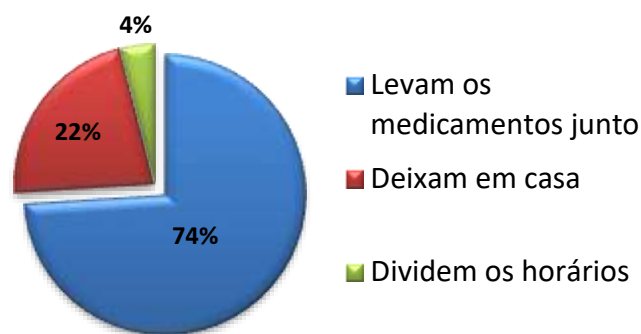
Ainda no que tange ao uso de medicamentos nos horários corretos, foi perguntado aos idosos o que faziam com seus remédios quando saíam de casa, 37 (74%) afirmavam

levar seus medicamentos junto para que tomem nos horários corretos, 11 (22%) deixam para tomar todos juntos, quando voltam para casa e os outros 2 (4%) dividem e tomam alguns antes e outros depois que chegam em casa (figura 5). Segundo Fernandes e Cembranelli (2015), a administração de medicamentos em horários diferentes do prescrito pelo médico, é considerada a principal causa de ineficiência ou alteração dos resultados esperados.

Quando perguntados sobre uso de medicamentos por conta própria, 40 (80%) indivíduos afirmaram praticar ou já ter praticado a automedicação, e apenas 10 (20%) indivíduos alegaram não tomar medicamentos por conta e/ou sem ajuda de profissionais.

Infere-se que, como nem sempre o consumo de medicamentos acontece de forma racional, vigora-se o uso inadequado e indiscriminado quanto à automedicação. Segundo Secoli (2010) esta prática é perigosa, porque esconde determinados sintomas das doenças, aumenta a possibilidade de reações adversas, intoxicações e interações medicamentosas.

**Figura 5** – Distribuição de como procedem os idosos quanto ao saírem de casa em relação a tomada de medicamentos em seus horários.



**Fonte:** Os autores (2017).

Destacado de forma somática ao problema da automedicação, 62% da amostra pesquisada alegou já ter administrado algum tipo de medicamento por indicação de amigos, vizinhos ou parentes.

Segundo Fernandes e Cembranelli (2015), a prática de automedicação segue como um padrão de prescrições passadas, o que leva a população a adotar critérios próprios para solucionar problemas de saúde de menor gravidade. O mesmo estudo também se dirige a outros fatores envolvidos na automedicação, das quais figuram poder aquisitivo, questões culturais e escolaridade.

Na pesquisa foi obtida uma média de 5,72 medicamentos diferentes tomados diariamente por indivíduo pesquisado, sendo que, todos os 50 indivíduos faziam uso de pelo menos 2 medicamentos simultâneos continuamente. Com as interações adversas, somadas a administração de variados fármacos simultâneas, o avanço da idade eleva a prevalência de doenças crônicas, destacando, além das doenças cardiovasculares, os cânceres, as doenças respiratórias e as doenças endócrinas, como o diabetes (MANSO,

2015).

Todos os indivíduos da amostra faziam o uso de algum medicamento continuamente, incluindo medicamentos para o tratamento da hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, insuficiência renal, tromboembolia e também medicamentos controlados para transtorno da ansiedade e/ou transtorno depressivo maior. Com um teto atingindo 12 remédios simultâneos, observado em 2 indivíduos, na tabela 1 está demonstrada a distribuição dos medicamentos continuamente utilizados pelos idosos pesquisados.

**Tabela 1** – Distribuição dos medicamentos utilizados continuamente por idosos que moram sozinhos.

| <b>Medicamentos</b>  | <b>Nº / (%)</b> |
|--|-----------------|
| Hidroclorotiazida 25mg                                     | 27(54%)         |
| Losartana Potássica 50mg                                   | 25 (50%)        |
| Sinvastatina 20mg  | 20(40%)         |
| Omeprazol 20mg   | 16 (32%)        |
| Ácido Acetil Salicílico 100mg                              | 9(18%)          |
| Metformina 500mg XR  | 7 (14%)         |
| Colecalciferol 5mcg + Associações                          | 7 (14%)         |
| Anlodipino 10mg  | 6 (12%)         |
| Captopril 25mg   | 5 (10%)         |
| Enalapril 10mg   | 5 (10%)         |
| Glibenclamida 5mg  | 5 (10%)         |
| Atenolol 25mg  | 4 (8%)          |
| Metformina 850mg   | 4 (8%)          |
| Fumarato de Bormoterol di-hidratado 6mg + Budesonida 200mg | 3 (6%)          |
| Espiro lactona 25mg  | 3 (6%)          |
| Furosemida 40mg  | 3 (6%)          |
| Alendronato de Sódio 70mg                                  | 3 (6%)          |
| Insulina NPH 100UI   | 3 (6%)          |
| Hemifumarato de Bisoprolol 5mg                             | 2 (4%)          |
| Levotiroxina Sódica 50mcg                                  | 2(4%)           |
| Levotiroxina Sódica 75mcg                                  | 2(4%)           |
| Hemifumarato de Bisoprolol 10 mg                           | 2(4%)           |
| Propranolol 40mg   | 2(4%)           |
| Cloridrato de Diltiazem 90mg                               | 2(4%)           |
| Varfarina Sódica 5mg                                       | 2(4%)           |
| Flunarizina 10mg   | 2(4%)           |
| Aminofilina 100mg  | 2(4%)           |
| Hidroclorotiazida 50mg                                     | 1(2%)           |
| Levotiroxina Sódica 88mcg                                  | 1(2%)           |
| Levotiroxina Sódica 125mcg                                 | 1(2%)           |
| Atorvastatina 10mg   | 1(2%)           |
| Alopurinol 300mg   | 1(2%)           |
| Cetotifeno 0,2mg/ml  | 1(2%)           |
| Cloridrato de Ranitidina 150mg                             | 1(2%)           |
| Dutasterina 0,5mg + Tansulosina 04mg                       | 1(2%)           |

Nº: Número de idosos que utilizavam o medicamento; % de idosos que utilizavam o medicamento.

Fonte: Os autores (2017).

Segundo Manso (2015) no uso de vários fármacos concomitantemente, aumenta-

se os riscos de reações adversas, tal qual a probabilidade de gerar problemas com suas interações. Com o uso de dois fármacos ao mesmo tempo a prevalência de efeitos adversos é de 13%, valor que chega a 58% quando se administram cinco medicamentos, e alcança 82% quando a farmacoterapia chega a sete ou mais.

Sobre os riscos da polifarmácia e farmacoterapia continuada, Secoli (2010, p.137), aponta que:

(...) é frequente o idoso apresentar de duas a seis receitas médicas e utilizar a automedicação com dois ou mais medicamentos, especialmente para aliviar sintomas como dor e constipação intestinal. Esta situação pode ocasionar eventos adversos, uma vez que o uso simultâneo de seis medicamentos ou mais pode elevar o risco de interações medicamentosas graves em até 100% (SECOLI, 2010, p.137).

Como a demonstração da amostra apresentou a utilização de 2 ou mais medicamentos por indivíduo, na tabela 2 está distribuído o percentual dos medicamentos controlados de terapêutica continuada inscritos sob a portaria 344/98 (BRASIL, 1998).

**Tabela 2** – Distribuição dos medicamentos controlados sob a portaria 344/98 utilizados continuamente por idosos que moram sozinhos.

| Medicamento        | Nº / (%) |
|--------------------|----------|
| Clonazepan 2,5mg   | 5 (10%)  |
| Fluoxetina 20mg    | 4 (8%)   |
| Sertralina 50mg    | 3 (6%)   |
| Amitriptilina 25mg | 2 (4%)   |
| Fenobarbital 100mg | 1(2%)    |
| Alprazolam 1mg     | 1(2%)    |
| Citalopran 20mg    | 1(2%)    |
| Risperidona 2mg    | 1(2%)    |
| Lorazepan 2mg      | 1(2%)    |
| Diazepan 5mg       | 1(2%)    |

Nº: Número de idosos que utilizavam o medicamento; % de idosos que utilizavam o medicamento.

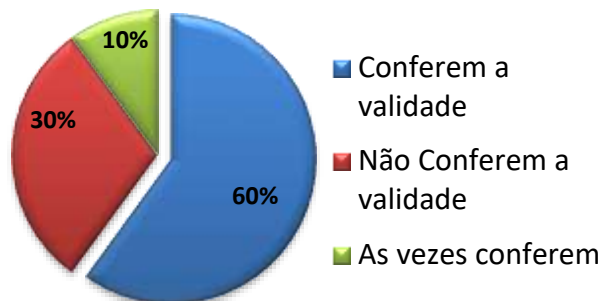
Fonte: Os autores (2017)

Como a polifarmácia está associada ao aumento do risco e da gravidade das Reações Adversas a Medicamentos (RAM's) e das Interações Medicamentosas (IM's), os riscos de causar toxicidade cumulativa, de ocasionar erros de medicação, de reduzir a adesão ao tratamento se elevam (SECOLI, 2010).

Dentre as perguntas realizadas, os entrevistados foram questionados a qual saída optavam quando alguma dúvida surgia a respeito dos medicamentos, ou para quem eles recorriam: majoritariamente 28 (56%) pediam ajuda a vizinhos ou parentes, enquanto 8 (16%) alegaram ler e tentar encontrar solução na bula de seus medicamentos, e apenas 14 (28%) recorriam a postos de saúde ou auxílio de um profissional capacitado. Segundo Gollarte (2012), a atenção farmacêutica para explicar a posologia e sanar todas as dúvidas do paciente na hora da entrega dos medicamentos, é de grande importância para que esses produtos não sejam administrados de maneira incorreta, diminuindo assim todos os problemas com interações e reações adversas.

Em relação a prática de verificar a validade de seus medicamentos, 30 (60%) afirmaram verificar, enquanto 15 (30%) afirmam não o fazer e 5 (10%) diz ter essa prática de forma esporádica (figura 6).

**Figura 6** – Distribuição da aferição da data de validade dos medicamentos afirmadas pelos idosos.

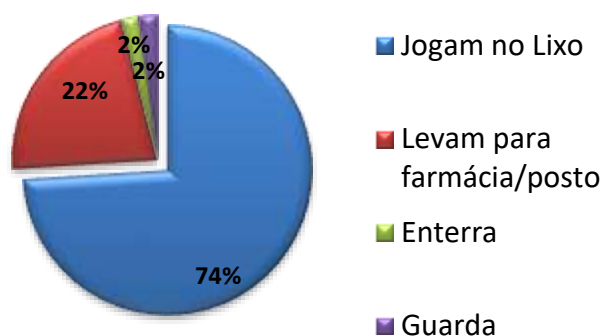


**Fonte:** Os autores (2017).

Para que os fármacos possam exercer sua ação benéfica desejada e o mínimo de efeitos adversos, cria-se a necessidade de que se mantenham preservadas as condições de estabilidade, que é a propriedade – dentro de limites estabelecidos e sob determinadas condições ambientais – de manter as mesmas características físicas, químicas e farmacológicas, durante seu período de vida útil. Esse espaço de tempo, no qual se assegura sua integridade, é representado como o período de validade do medicamento (SANTIN, VIRTUOSO, OLIVEIRA, 2007). Todos os entrevistados alegaram manter seus medicamentos em suas respectivas embalagens originais, 38 (76%) dos entrevistados os mantêm na cozinha, fora do acesso a umidade, luz e calor.

Segundo Barcelos (2011), o descarte incorreto de medicamentos vencidos pode acarretar em impactos ambientais extremamente relevantes, afetando diversos ecossistemas. Como mostra a figura 7, somente 11 (22%) dos idosos levam seus medicamentos vencidos para as farmácias/posto de saúde para que sejam descartados de maneira correta.

**Figura 7** – Distribuição dos percentuais dos locais de descarte dos medicamentos vencidos afirmadas pelos idosos.



**Fonte:** Os autores (2017).

Já sobre a prática de instrução de posologias em postos e farmácias, 94% (47) dos

entrevistados alegaram que no posto de saúde são instruídos com anotações nas caixas, o que revela outro problema, uma vez que dos entrevistados, 42% (21) dos entrevistados afirmou apresentar dificuldade com o entendimento das escritas nas caixas e 20% (10) afirmam, às vezes, não conseguir distinguir o que está escrito.

Ademais, é destacado que a vulnerabilidade dos idosos aos eventos adversos relacionados a medicamentos é bastante alta, o que se deve a complexidade dos problemas clínicos, à necessidade de múltiplos agentes, e às alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas inerentes ao envelhecimento (SECOLI, 2010). Apresentado este panorama, a grande charada dos profissionais da saúde no Brasil, e em especial em Santa Catarina, que está com a população em evidente envelhecimento, é o contribuir na promoção do uso racional dos medicamentos.

A educação dos medicados, especialmente ao grupo que afirma fazer a prática automedicação, pode ser uma opção viável na orientação acerca dos riscos da interrupção, troca, substituição ou inclusão de medicamentos sem conhecimento prévio especializado. Toda essa alternância evitaria a administração simultânea de medicamentos que podem interagir entre si e minimizar os riscos e efeitos adversos apresentados pelos mesmos.

## CONCLUSÃO

A partir dos dados apresentados, observa-se que o uso de medicamentos na população idosa estudada é executado de maneira indiscriminada. Aspectos relevantes foram observados em relação aos idosos e quanto ao uso de medicamentos.

A dificuldade com a posologia pode ser considerada um agravante, já que o nível de instrução da população analisada foi baixo, o que dificulta ainda mais sua autonomia e entendimento relacionado às terapêuticas que estão administrando. Os eventos de consulta a vizinhos e parentes sobre remédios e automedicação tornam-se ainda mais recorrentes, que pode trazer danosas reações à saúde do medicado sem a devida orientação profissional.

Portanto a prática do uso racional de medicamentos na classe idosa precisa ser cada vez mais exposta, tanto para os profissionais da saúde que são responsáveis pelo auxílio, atenção e cuidados com a saúde do paciente, quanto para a própria sociedade, que necessita sempre estar bem informada sobre os cuidados que devem ser empregados para a melhora da qualidade de vida do idoso.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Marcieni Ataide; SILVA, Marcos Valério Santos; FREITAS, Osvaldo. Assistência Farmacêutica como Estratégia para o Uso racional de Medicamentos em Idosos. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Paraná, v.25, n.1, p. 55-63, jan. 2009. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/semnabio/article/view/3626>.

Acesso em 10 mai. 2017.

BARCELOS, Mônica Naves, PEREIRA, Ivan de Oliveira, CHAVASCO, Luciana Souza, FREITAS, Daniela Fernanda. Aplicação do método Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) na identificação de impactos ambientais causados pelo descarte doméstico de medicamentos **Engenharia ambiental**. v.8, n.2, p. 62-68, 2011.

BEZERRA, João Carlos Lopes. **Facilitação Neuromuscular proprioceptiva em idosos**. 2014. 45f Dissertação (Mestrado em Saúde e Sociedade) – Curso de Mestrado em Saúde e Sociedade. UERN, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Mossoró.

BRASIL. Ministério da Saúde/SNVS. Portaria nº344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 31 de dez. de 1998.

FERNANDES, Wendel Simões.; CEMBRANELLI, Julio César. Automedicação e o Uso Irracional De Medicamentos: O Papel Do Profissional Farmacêutico No Combate A Essas Práticas. **Revista Univap**, São José dos Campos, v. 21, n. 37, jul. 2015.

FLORES, Vanessa Boeira, BENVEGNÚ, Luís Antônio. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, p.1439-1446, jun, 2008.

GALATO, Dayani; ALANO, Graziela Modolon; TRAUTHMAN, Silvana Cristina, VIEIRA, Ana Cristina. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. v.44, n.3, jul/set. 2008.

GOLLARTE Fermin Garcia, JÚLVEZ José Baleriola, LÓPEZ Isabel Ferrero, JENTOFT Alonso J. Cruz. Inappropriate Drug Prescription at Nursing Home Admission. **JAMDA**. v. 83, n.13, p. 9-15, 2012.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Educação**. [online] Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=sc&tema=censodemog2010\\_educ](http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=sc&tema=censodemog2010_educ)> Acesso em: 13 de Maio de 2017.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2016: População**. [online] Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 22 de Abril de 2017.

KÜCHEMANN, Berlindes Astrid. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**. v. 27, n.1, p.165-180, jan/abr. 2012.

LUZ, Deolindo João. LIMA, José António Santos, MONTEIRO, Leonel Gomes. **Automedicação no Idoso**. 2013. 66.f, Trabalho de Conclusão de Curso (ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE) - CURSO DE ENFERMAGEM, UM, Universidade do Mindelo, Portugal.

MANSO, Maria Elisa Gonzalez; BIFFI, Elaine Cristina Alves, GERARDI, Thiago José. Prescrição inadequada de medicamentos a idosos portadores de doenças crônicas

---

em um plano de saúde no município de São Paulo, Brasil. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.151-164. Mar.2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232015000100151&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232015000100151&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 abr. 2017.

MOREIRA, Ramon Missias, SANTOS, Carla Elane Silva; COUTO, Edvaldo Souza; TEIXEIRA, Jules Ramon Brito, SOUZA, Riane Missias Moreira Mendes. (2013, março). Qualidade de vida, Saúde e Política Pública de Idosos no Brasil: uma reflexão teórica. **Revista Kairós Gerontologia**. v.16, n.2, p.27-38. 2013.

SANTIN, Patrícia Oliveira Rocha, VIRTUOSO, Suzane, DE OLIVEIRA, Simone Maria Menegatti. Farmácia Domiciliar: Uma Caixa De Surpresas. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v.8, n.2, jul/dez. 2007.

SECOLI, Silvia Regina. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Rev. bras. Enferm.** Brasília, v. 63, n. 1, p. 136-140, Feb. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672010000100023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100023&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 7 mai. 2017.



**TEORIAS E PRÁTICAS EM  
ENFERMAGEM**

# ANSIEDADE DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA<sup>1</sup>

## ANXIETY OF NURSES OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY

Juliana Sangaletti<sup>2</sup>  
Luciane B.Ceretta<sup>3</sup>  
Maria Tereza Soratto<sup>4</sup>

Recebido em: 05 jun. 2016  
Aceito em: 13 jun. 2018

**RESUMO:** Estudo com objetivo de identificar os fatores associados à Ansiedade do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF). Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido com 07 enfermeiros que trabalham em uma Estratégia Saúde da Família de Santa Catarina. Aplicou-se a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton e questionário semi-estruturado sobre os fatores relacionados à ansiedade dos Enfermeiros. A análise e interpretação dos dados qualitativos foram organizadas a partir da análise de conteúdo com a categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados. Na fase de análise de dados quantitativos, as informações foram quantificadas através do Microsoft Office Excel e apresentados por meio de análise quantitativa. Os resultados da pesquisa realizada identificaram que 85,72% dos enfermeiros apresentaram nível de ansiedade leve e 14,28% nível moderado. Os fatores associados à ocorrência de ansiedade nos enfermeiros da ESF vincularam-se principalmente ao excesso de trabalho, seguido da falta de valorização profissional; pressão exercida no processo de trabalho; preocupação e agitação no cotidiano do trabalho. Sendo assim, sugere-se um aprofundamento da pesquisa em relação aos fatores determinantes da ansiedade e as formas de melhor combatê-la no cotidiano do exercício da profissão.

**Palavras-chave:** Ansiedade. Enfermeiro. Saúde do Trabalhador. Estratégia Saúde da Família.

**ABSTRACT:** Study aiming to identify the factors associated with the Anxiety of nurses of the family health strategy. Research of qualitative and quantitative approach, descriptive, exploratory and of field. The study was carried out with 07 nurses who work in a family health Strategy. Applied to anxiety rating scale of Hamilton and semi-structured questionnaire on related factors to anxiety of nurses. The analysis and interpretation of qualitative data were organized from the content analysis with the categorization of the data, by ordering, sorting, and final analysis of the data searched. In the analysis phase of quantitative data, the information was quantified through the Microsoft Office Excel and presented by means of quantitative analysis. The results of the survey have identified that 85.72% of nurses showed mild anxiety level and 14.28% moderate level. The factors associated with the occurrence of anxiety in nurses of the

<sup>1</sup> Artigo baseado na Monografia Pós Graduação em Especialização em Gestão da Atenção Básica de Saúde – UNESC.

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Gestão da Atenção Básica em Saúde – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina. Email: [j.sangaletti@hotmail.com](mailto:j.sangaletti@hotmail.com).

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde, Mestrado em Enfermagem – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - Criciúma - SC - Brasil. Email: [luk@unesc.net](mailto:luk@unesc.net).

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Educação. Professora do Curso de Pós Graduação Especialização em Gestão da Atenção Básica de Saúde – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - Criciúma - SC - Brasil. E-mail: [guiga@unesc.net](mailto:guiga@unesc.net).

---

family health strategy linked mainly to overwork, followed by lack of professional valuation; pressure in the process of work; concern and agitation in the daily work. Therefore, it is suggested a deepening of research in relation to determining factors of anxiety and ways to better combat it in the everyday life of the practice of the profession.

**Keywords:** Anxiety. Nurses. Occupational Health. Family Health Strategy.

## INTRODUÇÃO

“Os problemas de saúde mental estão entre os mais prevalentes em trabalhadores de saúde” (DILELIO et al, 2012, p.512). Os trabalhadores da atenção básica apresentam elevadas prevalências de problemas de saúde, tais como depressão, ansiedade, insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimento, dificuldade de concentração e queixas somáticas (DILÉLIO, 2012).

O processo de trabalho em saúde é visto como um universo de saberes e relações humanas, o qual não transforma somente o corpo do sujeito, mas sim, a sua expressão biopsíquica. Por conseguinte, faz-se necessário que o trabalhador perceba seu processo de trabalho, a fim de apreender como se constroem socialmente as necessidades dos usuários dos serviços de saúde e as maneiras de satisfazê-las, recuperando a autonomia dos usuários em seu saber/fazer (OLIVEIRA, 2006). A partir desta definição, observa-se a responsabilidade e o compromisso do cuidar em enfermagem, surgindo o peso da função que poderá desencadear ansiedade e adoecimento do profissional.

A ansiedade pode ser definida como uma condição orientada para o futuro, caracterizada por: apreensão relativa à percepção de não poder controlar ou prever eventos potencialmente aversivos, sintomas corporais de tensão física e desvio do foco de atenção para esses eventos potencialmente aversivos ou às respostas afetivas eliciadas por eles (DESOUSA et al, 2013).

Para ansiedade se define da seguinte forma:

[...] é uma experiência universal humana e é definida como um sentimento persistente de medo, apreensão e desastre iminente, ou tensão e inquietação. De maneira geral, a ansiedade é tida como uma resposta fisiológica natural, mas pode estar relacionada a certas doenças, dentre elas a asma, disfunções gastrintestinais e doença da artéria coronária. Isso torna a ansiedade um alvo importante de estudos, já que essas doenças apresentam alta incidência na população geral (NEVES NETO, 2005, p. 95).

A ansiedade ou síndrome do pensamento acelerado é considerada o mal do século, sem dúvida predomina em quase toda população. Conforme a Organização Mundial de Saúde, 80% dos indivíduos desenvolverão a ansiedade em algum momento de suas vidas, independente de gênero, idade ou profissão. A mesma é facilmente percebida através do ritmo acelerado na construção de pensamentos e conseqüentemente nas atitudes cotidianas estressantes, desencadeando uma implicação na saúde emocional (CURY, 2014).

Em decorrência dessa consideração, como enfermeira atuante na ESF, pôde-se constatar a ansiedade dos profissionais enfermeiros em relação ao processo de trabalho na Atenção Básica e principalmente na Gestão de Pessoas. Os enfermeiros apresentam queixas relacionadas a sintomas cognitivos, somáticos e motores, tornando-se causa de afastamento por doença relacionada ao trabalho. Diante destas questões surgiram inquietações frente à temática: Qual o nível de ansiedade dos enfermeiros? Quais os fatores causais da ansiedade? A gestão do enfermeiro no processo de trabalho na ESF pode estar relacionada à ansiedade?. Quando não controlada adequadamente, a ansiedade no profissional pode vir a ser considerada uma doença profissional.

Pesquisas que abordam a saúde do profissional que atua na atenção básica podem contribuir para discussão das questões de saúde no trabalho da enfermagem, pois a identificação de situações geradoras de sofrimento propicia o desencadeamento de reflexões sobre a forma como o trabalho vem sendo organizado (KESSLER; KRUG, 2012).

Ressalta-se, portanto, a importância de um olhar humanizado e atencioso para a saúde do trabalhador da saúde por parte das instituições de trabalho, assim como, medidas centradas em mudanças na organização do trabalho, com o objetivo de promover o bem-estar e evitar o adoecimento desse trabalhador (KESSLER; KRUG, 2012, p.55)

Assim, debater sobre o cuidado, suas formas de ser e agir, é primordial para desenvolver nos profissionais de saúde, a necessidade de se autoconhecer e se reconhecer, a fim de valorizar o cuidar de si para poder cuidar do outro (SANTOS; RADUNZ, 2011).

Desta forma entende-se que estudar a manifestação da ansiedade dos enfermeiros permite compreender e elucidar alguns problemas, tais como a insatisfação profissional, a produtividade do trabalho, o absenteísmo, os acidentes de trabalho e algumas outras doenças ocupacionais, além de permitir a proposição de intervenções e busca de soluções.

A avaliação da ansiedade dos enfermeiros pode oferecer “subsídios para melhorar o processo de trabalho em saúde, a prática clínica, a relação profissional-usuário e orientar a (re)definição de políticas públicas específicas” voltadas para a saúde do trabalhador da atenção básica (FERNANDES et al, 2012, p.405).

Considera-se que são vários os fatores associados à ansiedade do enfermeiro que atua na ESF estando relacionada à: processo de trabalho e sobrecarga de trabalho; gestão de pessoas e da equipe multiprofissional; burocracia e papel administrativo; relacionamento interpessoal com a equipe multiprofissional; acessibilidade ao local de trabalho, sendo que algumas ESF são localizadas na zona rural; instabilidade empregatícia devido às relações políticas.

A melhoria das condições de vida e de trabalho pode gerar “um impacto positivo na saúde, tanto dos enfermeiros quanto da população por eles assistida” (FERNANDES et al, 2012, p.405).

Nesta perspectiva este estudo teve por objetivo identificar o nível de ansiedade dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF); os fatores associados à ansiedade e as

estratégias de enfrentamento utilizadas pelos enfermeiros.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Pesquisa de abordagem quali-quantitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido com 07 enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família de um município do extremo sul de Santa Catarina. Aplicou-se a Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton e questionário semi-estruturado sobre os fatores relacionados à ansiedade dos enfermeiros. A análise e interpretação dos dados qualitativos foram organizadas a partir da análise de conteúdo com a categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados. Na fase de análise de dados quantitativos, as informações foram quantificadas através do Microsoft Office Excel e apresentados por meio de análise quantitativa.

### **ESCALA DE ANSIEDADE DE HAMILTON**

A Escala de Ansiedade de Hamilton (1959) compreende 14 itens distribuídos em dois grupos, sendo o primeiro grupo, com 7 itens, relacionado a sintomas de humor ansioso e o segundo grupo, também com 7 itens, relacionado a sintomas físicos de ansiedade – o que possibilita obter escores parciais, ou seja, separadamente para cada grupo de itens.

Segundo Bandeira (2010) dentre as escalas de humor utilizadas mundialmente e que foram traduzidas e adaptadas para a realidade brasileira para o quesito “ansiedade”, está a escala de Hamilton-A, que apresenta fácil aplicabilidade (HAMILTON, 1959) e confiabilidade.

O escore total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 14 itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 56. Os Graus de Ansiedade segundo Escala de Ansiedade de Hamilton são classificados em: nenhum = 0; leve = 1; médio = 2; forte = 3; máximo = 4. A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 56. Esse escore deve ser classificado de acordo com os intervalos: 0 (zero) caracteriza ausência de ansiedade; 1 a 17 pontos caracterizam ansiedade leve; 18 a 24 pontos caracterizam ansiedade moderada; 25 a 56 pontos caracterizam ansiedade severa ou intensa.

Para preservar o sigilo dos dados, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466/12 que envolve a pesquisa com Seres Humanos, utilizou-se a letra “E” para os enfermeiros entrevistados; seguido do respectivo número – E1 a E7. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Projeto UNESC nº 1.305.630.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os profissionais apresentaram nível de ansiedade, segundo a Escala de avaliação de ansiedade de Hamilton, sendo classificados em: 85,72% nível leve e 14,28% nível moderado.

**Tabela nº 1 – Nível de Ansiedade dos Enfermeiros segundo Escala de avaliação de ansiedade de Hamilton**

| Nível de Ansiedade          | Nº | %     | Enfermeiros (E1 a E7) n=07 |
|-----------------------------|----|-------|----------------------------|
| Ausência de ansiedade       | 0  | 0     | -                          |
| Ansiedade leve              | 06 | 85,72 | E1; E2; E3; E4; E6; E7     |
| Ansiedade moderada          | 01 | 14,28 | E5                         |
| Ansiedade severa ou intensa |    |       | -                          |
| Total                       | 07 | 100   |                            |

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Em pesquisa de Braga; Carvalho; Binder (2010) apresentaram a prevalência dos transtornos mentais comuns (TMC) em profissionais da rede básica de saúde, apontando a presença de algum desses transtornos em 48 % dos enfermeiros estudados, destacando fatores relacionados a ansiedade responsáveis por tal acometimento.

A ansiedade é possuidora de uma grande variedade de sintomas fisiológicos e de sintomas psicológicos; diversas teorias surgiram para explicá-la, tanto teorias que dão ênfase à mente, as que se associam à psicossomática, quanto àquelas que enfatizam o sistema biológico (BORINE, 2011).

De acordo com o CID 10 (2008), a ansiedade caracteriza-se na classificação de doenças como F41. As manifestações de ansiedade não estão restritas a qualquer situação ambiental em particular, sendo caracterizadas por sintomas depressivos, obsessivos e com alguns elementos de ansiedade fóbica. A ansiedade é gerada perante várias situações, com acúmulo de problemas, horários a cumprir, lidar com doenças entre outras situações.

Portanto, nesse cenário de debates e estudos sobre processo de trabalho, Christovam, Porto e Oliveira (2012), buscam a construção de um conceito, denominado de gerência do cuidado, o qual está relacionado ao cuidado do enfermeiro e à própria enfermagem. Esse conceito tenta aproximar os principais processos de trabalho executados pelo enfermeiro, isto é, o gerenciar e o cuidar.

Os cuidados de enfermagem exigem profissionais preparados técnica e eticamente, comprometidos com a humanização na assistência a saúde, uma vez que lidam com vidas humanas. Os profissionais se deparam com inúmeras limitações, inerentes a própria condição de ser humano, bem como com as condições e organização do trabalho, podendo levar o cuidador a adoecer, em razão da intensa ansiedade e estresse relacionado ao processo de trabalho (BELANCIERI; KAHHALE, 2011, p. 121-128).

“É fundamental que os profissionais da área de saúde do trabalhador incentivem e

---

busquem soluções viáveis para a implementação de ações de promoção da saúde e da adoção de medidas preventivas de doenças”(RIBEIRO et al, 2012, p.496).

## PERFIL DOS ENFERMEIROS

Em relação ao perfil dos Enfermeiros atuantes na ESF, 100% são do sexo feminino; 71,43%(05) encontram-se na faixa etária de 30 a 40 anos; 14,28%(01) possui 25 anos e 14,28% (01) possui 51 anos. O estado civil dos enfermeiros caracterizou-se em 71,43%(05) casados; 14,28%(01) solteiros e 14,28%(01) união estável.

A característica histórica da enfermagem de ser exercida principalmente pelas mulheres esta ligada à própria essência da profissão: o cuidado. O ato de cuidar sempre foi historicamente associado à figura feminina(FERNANDES et al, 2012).

Em relação ao tempo de trabalho como enfermeiro foi bem variado: 42,86%(03) de 01 a 10 anos; 42,86%(03) de 10 a 20 anos e 14,28%(01) de 20 a 30 anos.O tempo de trabalho especificamente na ESF foi até 20 anos: 42,86% (03) de 01 a 10 anos e 57,14%(04) de 10 a 20 anos.

Em pesquisa de Dilelio et al (2012) indicou que o maior tempo de trabalho na atenção básica pode estar associado ao aumento do desgaste físico e emocional do trabalhador.

Os enfermeiros E3; E6 e E7 possuem especialização na área de Saúde Coletiva e Saúde Pública; além de Obstetrícia (E6; E7) e gerenciamento em UBS (E7). O enfermeiro E1 possui especialização em Saúde Mental e o enfermeiro E2 em Acupuntura. Os enfermeiros E4 e E5 não possuem especialização.

É de suma importância, que o profissional de enfermagem se atualize e especialize em novos métodos de trabalhos, para um melhor aprimoramento e qualificação do cuidado. As ações de educação continuada são determinantes para a qualificação profissional e para a qualidade da assistência prestada ao usuário do serviço, constituindo-se como uma “estratégia institucional para a valorização do trabalhador” (KESSLER; KRUG, 2012, p.53).

Em relação a outros vínculos profissionais os enfermeiros E2; E6 e E7 possuem dupla jornada de trabalho:

“E2- Sim, Consultório de Acupuntura”;  
“E6- Sim, Farmácia e Docência”;  
“E7- Sim, Docência”.

A rotina de trabalho na área da saúde, de certa forma, é desgastante por se tratar de trabalhar diretamente com pessoas e com problemas de saúde. O fato de um profissional apresentar mais de um emprego, apesar de, às vezes, ser realizado por necessidade traz a preocupação com o cuidado com a sua própria saúde, correndo o risco de poder apresentar desgaste físico e emocional. Isso não descarta a possibilidade de quem apresenta apenas um emprego, não correr o mesmo risco devido aos mesmos fatores

citados relacionados a ansiedade.

Para os profissionais de enfermagem, a implantação da ESF significa “repensar as práticas, valores e conhecimentos, pois se amplia a complexidade das ações a serem desenvolvidas e aumenta-se os limites e possibilidades de atuação, o que requer novas habilidades” (FERNANDES et al, 2012, p.405).

## CATEGORIA 1 – OS FATORES ASSOCIADOS À OCORRÊNCIA DE ANSIEDADE NOS ENFERMEIROS DA ESF

O excesso de trabalho é o maior fator causal da ansiedade, segundo os profissionais E1 a E5, além da dupla jornada de trabalho (E3 e E5).

- E1- “Excesso de trabalho, cobrança, falta de planejamento”;
- E2- “Excesso de trabalho”;
- E3- “Trabalho tanto em casa quanto no Serviço Público, e a desvalorização do profissional”;
- E4- “Trabalho”;
- E5- “Trabalho e casa”.

O excesso de trabalho é uma situação do cotidiano da maioria dos indivíduos podendo se tornar um fator gerador da ansiedade e adoecimento do trabalhador.

Os profissionais que cuidam sofrem uma intensa sobrecarga emocional, sendo muitas vezes negligenciada a atenção que eles conferem a si próprios. Estes profissionais são formados e especializados para o cuidado do outro, no entanto, precisam receber a mesma atenção com a própria saúde. Neste aspecto ressalta-se a importância da manutenção da qualidade de vida entre os profissionais da saúde, uma vez que os fatores psicossociais ocupacionais podem influenciar ou agravar sintomas, descaracterizando-se como uma atividade de realização pessoal e prazer, para se tornar uma via de somatização de doenças (FRONZA; TEIXEIRA, 2010).

Desta forma, a ansiedade encontra espaço para se manifestar utilizando-se de algumas atividades oportunistas, tais como, maior carga horária de trabalho, adversidades da dor e do sofrimento, o cansaço mental e físico, as situações alheias relacionadas ao estresse e as restrições organizacionais do ambiente de trabalho, gerando assim um desgaste físico e mental, prejudicando o profissional não só individualmente, tal como em seu meio social.

Considera-se que os transtornos de humor percebidos em enfermeiros podem estar associados à sobrecarga de trabalho, habilidades técnicas limitadas, gestão de conflitos e falta de apoio social no trabalho(FREITAS et al, 2014).

A falta de valorização profissional (E3; E6) e a pressão exercida no processo de trabalho na ESF(E6) foram citadas como fatores relacionados a ansiedade:

- E3- “[...] desvalorização do profissional”;



E6- "Pressão no trabalho e falta de valorização";

Um fator contributivo para insatisfação no trabalho apresentada em pesquisa de Kessler; Krug (2012) caracterizou-se pela falta de reconhecimento e valorização das atividades desempenhadas, tanto por colegas da equipe de trabalho, quanto por gestores das instituições

O trabalhador de enfermagem está exposto a diferentes estressores ocupacionais que afetam diretamente o seu bem estar, como a longa jornada de trabalho, o número insuficiente de pessoal, a falta de reconhecimento profissional, a alta exposição do profissional a riscos, o contato constante com o sofrimento e a dor (BENEVIDES-PEREIRA, 2003).

A preocupação, a agitação no cotidiano do trabalho e a dificuldade para o relaxamento foi relatado pelo enfermeiro E7 como causa para ansiedade: E7- "*Preocupação, fadiga, incapacidade para relaxar, agitação, etc.*".

As manifestações de ansiedade ocorrem de diferentes formas, com sintomas psicológicos, como apreensão, desconforto, medos diversos e também com sintomas físicos, como taquicardia, aumento da frequência respiratória, alterações de pressão arterial etc. (ABRATA, 2011).

O estudo de Braga; Carvalho; Binder (2010) revelou que as condições de trabalho na atenção básica constituem fator contributivo ao adoecimento dos trabalhadores.

Os trabalhadores da saúde ficam expostos as exigências inerentes à atenção integral à saúde; situações geradas pela desigualdade social, assim como pelas deficiências da rede de serviços. Para atuar na atenção básica os profissionais necessitam desenvolver múltiplas habilidades e incorporar tecnologias complexas para superar os desafios do cotidiano do trabalho. A precarização do trabalho na área de saúde gera medo, isolamento e submissão dos trabalhadores. A falta de reconhecimento profissional, aliada à falta de discussão sobre planos de cargos e salários para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e ao arrocho salarial no âmbito do sistema de saúde, dentre outros, são reveladores dessa precarização do trabalho na atenção básica (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010).

## CATEGORIA 2 - O CUIDADO DO CUIDADOR

Quando os enfermeiros foram questionados sobre como se cuidam atualmente relataram: atividades físicas (E3; E4; E6; E7); alimentação balanceada (E3; E6; E7); além de atividades de lazer como pescar, viajar (E2) e costurar (E7):

"E1- Sim";

"E2- Saio para atividades anti estresse como pescar e viajar";

"E3- Alimentação, exercícios e caminhadas";

"E4- Atividade física ao ar livre e caminhadas";

"E6- Alimentação saudável, boa ingestão hídrica e exercícios físicos";

“E7- Controle na dieta, atividades físicas, costuras para relaxar”.

A ansiedade pode ser controlada com a adoção de novos hábitos de vida, ou seja, ofertar-se uma qualidade de vida melhor, onde faça parte de seu cotidiano atividades voltados para o bem estar físico, mental, psíquico, espiritual e social, partindo do princípio da prevenção.

A qualidade de vida no trabalho é a capacidade de administrar o conjunto das ações, incluindo diagnóstico, implantação de melhoria e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais no ambiente de trabalho alinhada e construída na cultura organizacional com prioridade absoluta para o bem-estar das pessoas da organização (FRANÇA, 2007, p.167.).

Em pesquisa de Kessler; Krug (2012) as práticas utilizadas no enfrentamento do sofrimento adotadas no trabalho pelos profissionais da atenção básica, o lazer traduzido por atividades físicas, viagens e festividades, foi apontado como uma alternativa para vencer a ansiedade.

Destaca-se no relato do Enfermeiro E5 a falta de cuidado de si: *E5- “Não estou me cuidando”*.

O autocuidado é um processo cognitivo, afetivo e comportamental no qual o indivíduo assume a responsabilidade por sua própria vida, conquistando integridade nas relações consigo e com o mundo em que está inserido (SOUZA; SALOMON; LIMA, 2014, p.290).

O autocuidado é a realização de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus interesses na vida, funcionamento integrado e bem-estar. As ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar (BUD et al, 2006). A tarefa humana é construir o autocontrole e a moderação, é o caminho do meio, “modo de ser do trabalhador” e o “modo de ser do cuidador”, pois o autocuidado não convive nem com o excesso nem com a carência, sendo o equilíbrio entre eles (BOFF, 2008).

O transtorno de ansiedade quando não tratado, dificilmente terá melhora espontânea e provavelmente irá cronificar ou ocasionar outros transtornos psiquiátricos, afetando atividades diárias e laborais, relacionamentos interpessoais. Quanto mais cedo diagnosticados os transtornos de ansiedade, avaliados e devidamente tratados, melhores os prognósticos e menores os prejuízos para o indivíduo (DESOUSA et al, 2013).

O cuidar é o objeto de trabalho dos profissionais de enfermagem e sua prática impõe uma rotina carregada de responsabilidades e tensões. Nesse contexto, é essencial “cuidar do cuidador” que estão submetidos aos “mais diversos ambientes com prolongadas jornadas de trabalho, número limitado de profissionais e desgaste psicoemocional nas tarefas realizadas”(FEITOSA et al, 2014, p.1).

---

### CATEGORIA 3 - ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NECESSÁRIAS PARA A

---

## MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DO ENFERMEIRO

As estratégias de enfrentamento para a melhoria da qualidade de vida elencadas pelos enfermeiros foram principalmente voltadas à diminuição da tensão e ansiedade (E5; E6); com a realização de atividades físicas (E4; E6); exercícios de respiração (E1); meditação (E6); diminuição da auto cobrança (E1); organização das atividades (E2); além de atividades de lazer (E3; E7).

- E1- "Aprender a respirar e não se cobrar tanto";
- E2- "Organização das atividades diárias";
- E3- "Sair e fazer o que gosto";
- E4- "Mudança de hábitos como mais tempo para fazer exercícios físicos";
- E5- "Diminuir a tensão e humor ansioso";
- E6- "Melhorar a maneira de lidar com a tensão do dia a dia com exercícios físicos e meditação";
- E7- "Ler um livro que não tem haver com trabalho, assistir um filme e ficar com a família".

Conforme a Organização Mundial de Saúde as pessoas que são diagnosticadas com transtorno de ansiedade precocemente devem procurar métodos de relaxamento para minimizar suas tensões e medos (SOUZA et al, 2008).

A ansiedade é um dos comportamentos mais relacionados com as doenças que afeta o bem estar psicológico e/ou físico. As terapias alternativas são métodos atuais que vem sendo incorporados auxiliando na prevenção de inúmeras doenças que tenha origem nos fatores emocionais (SALLES; SILVA; 2012).

## CATEGORIA 4 - SUGESTÕES FRENTE À TEMÁTICA

A sugestão mais requerida envolve a redução da carga horária de trabalho (E3; E4; E5; E7), além do aumento de recursos humanos (E4); aumento de salário e valorização profissional (E7):

- "E3- Diminuição da carga horária de trabalho";
- "E4- Diminuição da jornada de trabalho, ou aumento de profissionais de enfermagem por unidade";
- "E5- Diminuição da carga horária";
- "E7- Redução das horas trabalhadas, aumento de salário, valorização dos profissionais".

Em pesquisa de Kessler; Krug (2012) os trabalhadores da atenção básica ressaltaram a necessidade de diminuição da carga de trabalho e estabelecimento do piso salarial da categoria, a fim de minimizar os fatores condicionantes das doenças relacionadas ao trabalho.

Os enfermeiros E2 e E6 não ofereceram sugestões. O enfermeiro E1 enfatizou a importância de repassar às informações a gestão da Atenção Básica: *E1- "Que os resultados sejam discutidos com gestor"*.

O ambiente de trabalho em saúde é ambíguo e permite ao mesmo tempo o cuidado

e o não-cuidado de seus profissionais, o que depende dos elementos envolvidos na relação. Por um lado, a estrutura e organização, do ambiente não provêm os recursos necessários para que os profissionais - em especial, a equipe de enfermagem possa sentir-se cuidada; por outro, as relações humanas e interpessoais permitem que experimentem conforto, bem-estar, realização e valorização no âmbito profissional e pessoal (OLINSKI, 2006).

Considera-se a necessidade de intervenções direcionadas ao cuidado aos trabalhadores, melhoria das condições de trabalho e aumento do suporte social no trabalho (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010). As questões de saúde e, particularmente de saúde mental, da força de trabalho em saúde deve estar no centro da atenção de gestores da atenção básica(DILELIO et al, 2012).

Ações que contribuam no desenvolvimento da qualidade de vida dos profissionais das equipes de saúde da família são necessárias, considerando o fato de que a saúde dos enfermeiros pode influenciar fortemente na qualidade e humanização do cuidado prestado às famílias(FERNANDES et al, 2012).

“É preciso atentar para o paradoxo representado por situações de trabalho que contribuem para o adoecimento de trabalhadores cujas atividades visam à promoção e à recuperação da saúde de outrem” (BRAGA; CARVALHO; BINDER, 2010, p.1594).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo evidenciou que 85,72% dos enfermeiros apresentaram nível de ansiedade leve e 14,28%% nível moderado. Os fatores associados à ocorrência de ansiedade nos enfermeiros da ESF vincularam-se principalmente ao excesso de trabalho, seguido da falta de valorização profissional; pressão exercida no processo de trabalho; preocupação e agitação no cotidiano do trabalho.

Em relação ao cuidado do cuidador os enfermeiros se cuidam com a realização de atividades físicas; alimentação e atividades de lazer. As estratégias de enfrentamento necessárias para a melhoria da qualidade de vida dos enfermeiros são voltadas à diminuição da tensão e ansiedade; realização de atividades físicas; exercícios de respiração; meditação; diminuição da auto cobrança; organização das atividades; além de atividades de lazer.

Os enfermeiros consideram necessária a redução da carga horária de trabalho; aumento de recursos humanos e remuneração salarial; maior valorização profissional para a melhoria da qualidade de vida no trabalho. Ainda enfatizaram a importância de discutir a temática com a gestão da Atenção Básica.

O trabalho de enfermagem compõe-se da assistência e gerencia dos serviços envolvendo esforço físico, mental e emocional; tornando-se fundamental uma reorganização do trabalho e a realização de atividades voltadas para a saúde dos profissionais. Deve-se pensar também em uma promoção da própria organização com

ações educativas sobre as possíveis formas de enfrentamento que poderiam trazer mudanças nas condições de trabalho, tornando-a mais adequada, realizando parcerias com instituições de ensino superior para o desenvolvimento de ações em educação permanente e continuada, desta forma, trabalhando o profissional não só individualmente, mas também em grupos, ofertando terapias, relaxamentos e outros.

Desse modo, percebe-se que se torna necessário a iniciativa da gestão, de discutir estratégias que possibilitem reduzir o desgaste dos profissionais de Enfermagem, até mesmo políticas públicas de saúde no campo da saúde mental do trabalhador, pois a qualidade de vida no trabalho influencia na atenção prestada e na satisfação da prática profissional, podendo evitar o adoecimento e a ausência no trabalho.

## REFERÊNCIAS

ABRATA. Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos. **Transtorno de Ansiedade**- Manual informativo. São Paulo: Planmark, 2011. 7 p. Disponível em <<http://www.abrata.org.br/new/OS%20348%20-%20Manual%20Paciente%20Abrata%20-%2010-08-11.pdf>> Acesso em: 3 dez. 2015.

BANDEIRA, Roberto Albuquerque. **Dor pós-operatória em idosos submetidos à prostatectomia transvesical**: correlação com a ansiedade no pré-operatório. 2010. 83 f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2010.

BELANCIERI, Maria de Fatima; KAHHALE, Edna Maria S. Peters. A Saúde do Cuidador: possibilidades de promoção de resiliência em enfermeiros. **Reme – Rev. Min. Enferm.**, v.15, n.1, p.121-128, jan./mar. 2011.

BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria T. O Estado da arte do Burnout no Brasil. **Revista eletrônica InterAçãoPsy**, ano 1, n. 1, p. 4-11, Ago. 2003.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: Ética do humano – compaixão pela terra. 14ªed. Petrópolis: Vozes, 2008. 199 p.

BORINE, Monica Sílvia. **Ansiedade, neuroticismo e suporte familiar**: Evidência de validade do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). 2011. 123 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-graduação Strictu Sensu em Psicologia, Universidade São Francisco, Itatiba. 2011.

BRAGA, Ludmila Candida de; CARVALHO, Lidia Raquel de; BINDER, Maria Cecília Pereira. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1585-1596, Jun 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700070&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700070&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 maio 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700070>.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**.

---

Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso 13 set. 2015.

BUB, Maria Bettina Camargo et al . A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 15, n. spe, p. 152-157, 2006 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072006000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000500018>.

CID-10. Classificação Internacional das Doenças. **Manual e Glossário**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2008.

CHRISTOVAM, Barbara Pompeu; PORTO, Isaura Setenta; OLIVEIRA, Denise Cristina de. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 3, p. 734-741, Jun. 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000300028&lng=en&nrm=iso)>. acesso

em: 05 Jun. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000300028>.

CURY, Augusto. **Ansiedade**: como enfrentar o mal do século: a síndrome do pensamento acelerado: como e por que a humanidade adoeceu coletivamente, das crianças e adultos. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2014.

DESOUZA, Diogo Araújo et al . Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. **Aval. psicol.**, Itatiba , v. 12, n. 3, dez. 2013.

Disponível em:<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-04712013000300015&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712013000300015&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 nov. 2015.

DILELIO, Alitéia Santiago et al . Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 28, n. 3, p. 503-514, Mar. 2012 .

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 maio 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300011>.

FEITOSA, Perla Guimaraes et al. Fatores de risco na prática clínica dos profissionais enfermeiros atuantes no Sistema Único de Saúde. **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação.**, Botucatu, supl. 3, 2014. Disponível em:

<<http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/3320>> Acesso em: 21 maio 2016.

FERNANDES, Janielle Silva et al . A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 46, n. 2, p. 404-412, abr. 2012 . Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000200019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200019&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 maio 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200019>.

FRANÇA, Ana Cristina Limongi: **Práticas de Recursos Humanos – PRH**: Conceitos, ferramentas e procedimentos. São Paulo: Atlas, 2007.

FREITAS, Rodrigues et al. Impacto de um programa de atividade física sobre a ansiedade, depressão, estresse ocupacional e síndrome de Burnout dos profissionais de enfermagem no trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 22, n. 2, p. 332-336, mar/abril. 2014.

FRONZA, Fernanda Cerveira Abuana Osório F; TEIXEIRA, Luzimar Raimundo. Perfil dos profissionais da saúde que trabalham em hospitais: relação entre sintomas musculoesqueléticos e qualidade de vida. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde.**, v.8, n.24, p.53-61, 2010.

HAMILTON, M. The assesment of anxiety states by rating. **BrJ MedPsych**, 1959.

KESSLER, Adriane Inês; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre , v. 33, n. 1, p. 49-55, mar. 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472012000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 maio 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472012000100007>.

NEVES NETO, AR. Acupuntura e o tratamento da ansiedade: da MTC à psicologia. In: GUILHARDI, HJ (Org). **Sobre comportamento e cognição**. Santo André: Esetec; 2005. p. 95-116.

OLINISKI, Samantha Reikdal. **A relação entre o cuidado de si dos profissionais de saúde e seu ambiente de trabalho**: um enfoque nas interações humanas. 2006. 121f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

OLIVEIRA, Suenny Fonsêca de. **Avaliação do programa saúde da família**: uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de saúde e da população assistida. 2006. 99 f. Dissertação (Mestrado Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa (PB), 2006.

RIBEIRO, Renata Perfeito et al . O adoecer pelo trabalho na enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 495-504, Abr. 2012 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000200031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200031&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 out. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200031>.

SALLES, Léia fortes; SILVA, Maria Júlia Paes. Efeito das essências florais em indivíduos ansiosos. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v.25, n.2, p.238-42, 2012.

SALMOS, Roberto. **Treinamento de força na saúde e quantidade de vida**. São Paulo. Ed. Phorte, 2001. 208 p.

SANTOS, Viviane Euzébia P.; RADUNZ, Vera. O cuidar de si na visão de acadêmicas de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.46-51, jan/mar. 2011.

SOUZA, Ângela Maria Alves e et al. Grupo Terapêutico com mulheres com Transtornos de Ansiedade: Avaliação pela escala de ansiedade de Hamilton. **Rev. RENE**, Fortaleza, v.9, n.1, p.19-26, jan/mar. 2008.

SOUZA, Mara Cristina Bicudo de; SALOMON, Angélica Souza Chaves; LIMA, Beatriz Emiko Rodrigues. A prática do autocuidado pelo profissional docente enfermeiro. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.05, n. 02, p.290-02, 2014.



# CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO

## *NURSING CARE TO CANCER PATIENTS IN POSTOPERATIVE PERIOD OF HEAD AND NECK SURGERY*

Arieli Cancelier Niero<sup>1</sup>  
Maria Salete Salvaro<sup>2</sup>  
Neiva Junkes Hoepers<sup>3</sup>  
Paula Ioppi Zugno<sup>4</sup>

Recebido em: 30 jun. 2017  
Aceito em: 12 jun. 2018

**RESUMO:** As neoplasias malignas em cabeça e pescoço, como o câncer na cavidade bucal, fossa nasal, glândula tireoide e laringe, necessitam de cuidados especiais. Pode-se considerar a enfermagem como uma área importante da oncologia, auxiliando nas atividades preventivas, bem como no processo de tratamento curativo e paliativo do paciente. Desta forma o enfermeiro necessita de conhecimento especializado e habilidades específicas para desenvolver as atividades relacionadas a esta área. O presente trabalho buscou identificar os cuidados de enfermagem necessários aos pacientes oncológicos submetidos às cirurgias de cabeça e pescoço a fim de proporcionar uma adequada recuperação dos pacientes em pós-operatório. Os resultados obtidos referentes às falas dos entrevistados mostram que os profissionais possuem conhecimento acerca dos cuidados prestados aos pacientes, visto que estes estão diretamente relacionados ao bem estar, como a realização do curativo diário, desobstrução de vias aéreas e controle da dor. Por fim, conclui-se que os cuidados de enfermagem corretamente prestados aos pacientes em pós-operatório de cirurgia de cabeça e pescoço são essenciais para a qualidade da assistência e para uma efetiva recuperação pós-cirúrgica. Sendo assim, o enfermeiro deve se fazer presente como um profissional de referência por meio do conhecimento técnico, prático e científico garantindo a assistência adequada aos cuidados específicos que tal complexidade exige e a recuperação do paciente.

**Palavras-chave:** Câncer. Enfermagem. Cuidados. Cabeça e pescoço.

**ABSTRACT:** The head and neck malignancies, such as cancer in the oral cavity, nostril, thyroid gland and larynx, require special care. One can consider nursing as an important area of Oncology, assisting in preventive activities, as well as in the process of curative treatment and palliation. In this way the nurse requires specialized knowledge and specific skills to develop activities related to this area. The present study sought to identify the required nursing care to cancer patients subjected to the head and neck surgeries in order to provide an adequate recovery of postoperative

<sup>1</sup> Arieli Cancelier Niero – Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, [arieliniero@hotmail.com](mailto:arieliniero@hotmail.com).

<sup>2</sup> Maria Salete Salvaro – Enfemeira, mestre, docente Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, [mssalvaro@yahoo.com.br](mailto:mssalvaro@yahoo.com.br).

<sup>3</sup> Neiva Junkes Hoepers – Enfemeira, mestre, docente Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, [neivajun@unesc.net](mailto:neivajun@unesc.net).

<sup>4</sup> Paula Ioppi Zugno – Enfemeira, mestre, docente Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, [paula33@unesc.net](mailto:paula33@unesc.net).

patients. The results obtained regarding lines of respondents show that the professionals have knowledge of care to patients, as they are directly related to the well-being, as the realization of the curative daily, clearing Airways and pain control. Finally, it is concluded that the nursing care provided to patients correctly in postoperative period of head and neck surgery are essential to the quality of care and to an effective post-surgical recovery. Therefore, the nurse should do this as a professional reference through the technical, practical and scientific knowledge by ensuring the appropriate assistance to the specific care that such complexity requires and the patient's recovery.

**Keywords:** Cancer. Nursing. Care. Head and neck.

## INTRODUÇÃO

O câncer é uma das doenças que mais aflige a sociedade atualmente. É caracterizada como um conjunto de patologias heterogêneas, que ocorrem a partir de modificações fundamentais na fisiologia celular, causando assim o desenvolvimento dos tumores malignos (INCA, 2015).

Existem neoplasias benignas e malignas. Nas benignas o crescimento do tumor é mais lento e possui limites que não invadem os tecidos vizinhos, ao contrário dos malignos que podem invadir esses tecidos vizinhos pela corrente sanguínea ou linfática. São multifatoriais as causas das neoplasias malignas, provenientes tanto da predisposição genética quanto do tabaco, álcool e fonte de radiação (BRASIL, 2011).

Os cânceres de cabeça e pescoço, que serão tratados nesta pesquisa, são as neoplasias malignas localizadas nos sítios anatômicos da cavidade oral compreendendo a mucosa bucal, gengivas, palato, língua, soalho da língua, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe, cavidade nasal, seios paranasais, laringe e glândulas. Este estudo buscou identificar quais os cuidados de enfermagem podem ser prestados para proporcionar uma adequada recuperação dos pacientes em pós-operatório de cirurgia de cabeça e pescoço.

A partir dos cuidados de enfermagem, tem-se como questão norteadora da pesquisa: quais cuidados de enfermagem podem ser prestados para proporcionar uma adequada recuperação dos pacientes em pós-operatório de cirurgia de cabeça e pescoço?

Com o intuito de desvelar a importância da assistência de enfermagem prestada a esses pacientes, tem-se como objetivo: Identificar os cuidados de enfermagem em pacientes oncológicos submetidos às cirurgias de cabeça e pescoço em um hospital do Sul Catarinense.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo, onde o caráter exploratório desta pesquisa caracteriza-se por trabalhar como “universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores. Esse conjunto

de dados considerados qualitativos” condiz a um espaço mais profundo das relações, não podendo reduzir os processos e os fenômenos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004, p. 28).

O presente estudo foi realizado em unidades de internação e sala de recuperação pós anestésica (SRPA) de um hospital de grande porte do Sul Catarinense. Sendo realizada por quatro enfermeiros e quinze técnicos de enfermagem.

Para a realização da pesquisa os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, sendo que este assegura o sigilo da identidade dos participantes. O termo segue as exigências formais contidas na resolução 510/16, do Conselho Nacional de Saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Iniciou-se a coleta de dados com quatro (4) enfermeiros e quinze (15) técnicos de enfermagem de um Hospital do Sul Catarinense. As entrevistas foram realizadas a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A partir da seleção dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, no período da pesquisa realizaram-se as entrevistas com objetivo de conhecer e identificar os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes submetidos à cirurgia de cabeça e pescoço.

Para preservar o sigilo decorrente das entrevistas realizadas, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 510/16 que envolvem a Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais com seres humanos, utilizaram-se a letra “E” para enfermeiros e “T” para técnicos de enfermagem, seguido do respectivo número. Inicialmente serão abordados os resultados das entrevistas dos enfermeiros e após os resultados das entrevistas com os técnicos.

### **PERFIL DOS ENFERMEIROS ENTREVISTADOS**

A idade dos enfermeiros pesquisados variou de trinta e um (31) anos a quarenta e cinco (45) anos. Quanto ao gênero, foi realizada por quatro (4) femininos. O tempo de trabalho como enfermeiro variou de dois (2) anos a doze (12) anos. O tempo de atuação nos respectivos setores entrevistados variou de onze (11) meses a nove (9) anos. Quanto à especialização, os achados encontrados foram: uma (1) com especialização em saúde do trabalhador e pediatria e as três (3) demais não possuem curso de especialização.

Observamos que diante das entrevistadas o tempo de atuação como enfermeira teve variações, bem como o tempo de atuação nos setores. Um dos pontos que nos chama a atenção são os cursos de especialização, sabemos que a enfermagem vem evoluindo de forma significativa na questão do cuidar, conseqüentemente os cursos de especializações são de suma importância. Diante da complexidade dos cuidados em oncologia nenhuma

das enfermeiras possui especialização em enfermagem oncológica.

## CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO E PROTOCOLO DE CUIDADO

Pode-se observar que a existência de um protocolo específico para os pacientes submetidos à cirurgia de cabeça e pescoço não se faz presente na instituição, perante as respostas dos entrevistados. Porém estes relatam que os médicos lhes orientam e repassam todas as informações referentes aos cuidados a serem realizados com esses pacientes.

Quando questionado sobre a existência do protocolo de cuidado, obteve-se as seguintes respostas:

**E1** – “Possuímos protocolos clínicos para determinados procedimentos, e também para pacientes paliativos, mas protocolo específico para pós-operatório de cirurgia de cabeça e pescoço desconheço”.

**E2; E3 e E4** – “Desconheço”

Os protocolos são rotinas de ações e cuidados nos serviços de saúde, para orientar fluxos, procedimentos clínicos e condutas a serem realizadas perante uma situação. Esses protocolos são extremamente necessários e úteis para os serviços e processos de trabalho (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

A existência de um protocolo de assistência tem o intuito de sistematizar o tratamento e acompanhamento, instrumentalizar a supervisão das ações e subsidiar a educação em serviços de saúde. A utilização deste tipo de ferramenta com base em estudos científicos, é entendida como uma forma de homogeneizar a prática e torná-la mais segura. O seu uso como forma de sistematizar a assistência, possibilita a equipe multidisciplinar avaliar os fatores relacionados aos aspectos clínicos (DANTAS et al., 2013).

Os cuidados de enfermagem aos pacientes com câncer devem ser individualizados, uma vez que o paciente está fragilizado e com uma expectativa de vida reduzida diante do diagnóstico de uma doença neoplásica. Dessa forma, o enfermeiro apresenta-se presente nas transformações fisiológicas e psíquicas, devendo promover uma maior aproximação com o paciente por meio da comunicação, além de identificar as necessidades e proporcionar uma melhor qualidade de vida (PETERSON; CARVALHO, 2011).

A equipe de enfermagem é imprescindível no processo de cuidar dos pacientes oncológicos, envolvendo uma interação de conhecimento e valores a fim de buscar uma relação dinâmica e proporcionar o máximo conforto. Os enfermeiros precisam estar preparados para cuidar dos pacientes, acolhendo-os através da escuta de sentimentos e vivências, amenizando o sofrimento de conviver com a doença e com os efeitos do tratamento (SALIMENA et al., 2013).

As intervenções cirúrgicas se caracterizam por serem procedimentos invasivos e traumáticos para os pacientes. Nesse sentido a enfermagem tem um papel primordial na

assistência dos pacientes desde a chegada à instituição, a fim de proporcionar melhores condições para o procedimento cirúrgico e garantir menores possibilidades de complicações. Os pacientes, ao serem internados para a realização de uma cirurgia, muitas vezes trazem consigo receios e dúvidas perante o procedimento. Nessa relação, o papel do enfermeiro e da equipe que irá prestar assistência a ele, devem interligar os aspectos humanos no atendimento ao paciente. Por isso é preciso sistematizar os cuidados utilizando conhecimentos teórico-práticos para qualificar a assistência e o acolhimento como estratégias de minimizar o sofrimento (BASTOS et al., 2013).

A cerca dos cuidados de enfermagem no pós-operatório obteve-se as seguintes falas das enfermeiras:

**E1** – “Atentar principalmente para as vias aéreas, aspiração traqueal, deixar o paciente sempre com a cabeceira elevada, atentar para as hemorragias, drenos de portovac, higiene em geral, sinais vitais, pois esse paciente pode ter uma hipotensão, medicação para dor, atentar-se também para episódios de náuseas, vômitos, tonturas”.

**E2** – “Sempre deixar a cabeceira elevada, observar os sangramentos, edema e orientar repouso no leito”.

**E3** – “Cuidados com sangramento, manter paciente monitorizado nas primeiras 24 horas (oxímetro), observar drenos funcionantes, curativo diário, aspecto da ferida operatória, cuidados com traqueostomia, manter ventilação e aspiração se necessário”.

**E4** – “Manter sempre a cabeceira elevada, monitorar sinais vitais, realização dos curativos sempre que necessário, avaliar sangramento, observar também se o mesmo está com náuseas e com dor”.

Sabemos que a enfermagem deve atender as demandas biológicas, sociais, espirituais e psicológicas do paciente, proporcionando assim uma visão holística desde o acolhimento na unidade de internação como também na elaboração do plano de alta, observando sempre as necessidades e prioridades dos pacientes, como também a segurança do paciente (BASTOS et al., 2013).

Diante dos dados pesquisados, observamos que os cuidados no pós-operatório podem ser classificados em mediato ou imediato. Os cuidados mediatos são aqueles realizados desde a entrada do paciente no setor. Já os cuidados imediatos abrangem todas as ações realizadas nas primeiras 24 horas após o ato operatório. O enfermeiro que presta assistência aos pacientes submetidos a algum tipo de procedimento cirúrgico devem possuir conhecimentos e habilidades qualificadas para atender esses pacientes. Para tal, o profissional deve planejar os cuidados a serem prestados a fim de recuperar o equilíbrio fisiológico do paciente com o mínimo de complicações e com o propósito de qualificar a assistência prestada (SERRA et al., 2015).

## PARTE SUPERIOR DO FORMULÁRIO

### CUIDADOS E ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO

Diante desta categoria as falas das enfermeiras evidenciaram o conhecimento

---

---

sobre os cuidados e as orientações a serem repassadas aos familiares e pacientes submetidos à cirurgia de cabeça e pescoço.

Ao enfermeiro, cabe planejar, coordenar e prestar assistência de enfermagem aos pacientes, sendo que os cuidados envolvem alta complexidade e a realização de consulta de enfermagem. Dessa forma, o enfermeiro apresenta-se como elemento central na equipe de saúde. A enfermagem torna-se de grande importância, promovendo o elo entre a equipe de saúde e o vínculo paciente cuidador (ARAUJO, 2008).

**E1** – “O enfermeiro fica responsável por realizar o plano de cuidado desse paciente, agendamento de visita da equipe multiprofissional. Ficar atento principalmente às vias aéreas, pois muitas vezes ele necessita de aspiração traqueal [...]. Ter grande cuidado com os ganhos e perdas desse paciente pelo dreno de suctor (portovac), hemorragias que muitas vezes ocorrem por lesões de determinados procedimentos realizados”.

**E2** – “Realizar visita ao paciente, admissão e acompanhamento diário. Verificar necessidade da troca de curativos e cuidados com os drenos. Cuidados com os pacientes traqueostomizados para que sempre que houver necessidade realizar a aspiração”.

**E3** – “Orientações aos técnicos de enfermagem em relação aos cuidados, realização de sondagem enteral sempre que solicitado pelo médico, realizar desobstrução da SNE, fazer toailete quando houver obstrução da traqueostomia (rolha)”.

**E4** – “Orientação ao familiar quanto à deglutição, comunicação, ansiedade e orientar a equipe de enfermagem, quanto aos cuidados específicos”.

A partir das falas das entrevistadas podemos observar que os cuidados específicos do enfermeiro e suas orientações consistem basicamente na orientação aos técnicos de enfermagem sobre os cuidados a serem realizados principalmente na aspiração traqueal, realização de visitas multiprofissionais como também visitas diárias aos pacientes, orientações quanto à deglutição e cuidados com a sonda nasoentérica.

Desta forma a assistência de enfermagem prestada aos pacientes submetidos às cirurgias possuem grandes variações. Primeiramente, se inicia com a avaliação do nível de consciência, ou seja, pela resposta dos estímulos verbais, e a partir disso se iniciam os demais cuidados, sendo eles: controle dos sinais vitais, padrão respiratório, presença de sangramentos e/ou hemorragias. Sendo assim, o enfermeiro necessita atentar-se para qualquer tipo de intercorrência ou seus sinais, devendo dessa forma agir de maneira rápida e objetiva para prevenir segundos danos ao paciente (SERRA et al., 2015). Ao enfermeiro cabe também ações de orientação aos pacientes, garantindo assim o início de uma assistência humanizada, criando laços de confiança com eles (ROCHA; IVO, 2015).

Cabe ao enfermeiro avaliar e instituir um plano de cuidado individualizado para cada paciente, controlando assim os sintomas apresentados durante o período de internação e orientações para o plano de alta destes, relacionando o nível de dor, o aumento de secreção, sangramento e prurido. O enfermeiro e sua equipe devem avaliar o paciente como um todo (LUCA, 2012).

O enfermeiro que acompanha o contexto da oncologia, demonstra conhecimento dos elementos humanos essenciais para prestar os cuidados mais próximos possíveis com pacientes, envolvendo assim o fortalecimento do vínculo familiar com os profissionais (SANTOS et al., 2013).

---

## DIFICULDADES ENCONTRADAS

Observou-se que as dificuldades encontradas perante a assistência para as enfermeiras foram variadas, porém cada uma delas possui seu perfil assistencial e focam em diferentes cuidados.

O enfermeiro, profissional presente em todo o processo de adoecimento, pode contribuir de forma a auxiliar o enfrentamento da doença, no tratamento e também nas situações de risco com os pacientes e familiares, por meio do planejamento de cuidados condizentes com as necessidades e possibilidades de cada paciente. Quando se trata de serviços oncológicos, a prática de enfermagem expõe os profissionais ao contato direto com situações de dor, finitude e morte, além da desesperança de pacientes e familiares, bem como a expectativa de cura da doença (SILVA et al., 2016).

Quando questionadas sobre as dificuldades encontradas, obteve-se as seguintes respostas:

**E2** – “Hoje a maior dificuldade é a comunicação entre médicos e a enfermagem, muitas vezes precisamos ligar para os médicos para questioná-los sobre o que deveria estar prescrito, como por exemplo, os cuidados”.

**E3** – “Manter o paciente e familiares calmos, porém todos os pacientes submetidos a cirurgia da cabeça e pescoço são pacientes ansiosos e agitados”.

**E4** – “Agitação do paciente devido à ansiedade, e dessa forma provoca sangramentos”.

Os enfermeiros têm a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados prestados, devendo motivar e alertar toda a equipe para uma prática de enfermagem com qualidade. É necessário também que a equipe esteja atenta às necessidades dos pacientes e suas dificuldades para lidarem com os problemas, podendo auxiliar nas situações de estresse que se tornam difíceis de resolver. (SILVA et al., 2016).

**E1** – [...] “É saber se o paciente está realizando os devidos cuidados em casa, ter cuidado com a SNE para evitar uma broncoaspiração. Além disso somos muito bem assistidos pela equipe médica frente aos cuidados que deve ter com esses pacientes”.

Ao se tratar de oncologia devemos observar que a presença de equipe multiprofissional é de suma importância, composta por profissionais da área de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e nutrição.

O serviço hospitalar é um dos serviços de saúde mais complexos devido aos inúmeros processos administrativos e assistenciais, bem como a implantação das equipes multiprofissionais. O enfermeiro então vivencia diariamente desafios na realização de atividades assistenciais e gerenciais, dessa forma faz parte desse contexto o processo de trabalho para manter e restaurar os níveis de saúde e bem estar dos pacientes, aplicando a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) para o planejamento, execução, controle e avaliação dos cuidados diretos prestados a esses pacientes (SOARES et al., 2015).

**E1** – “Posso dizer que hoje minha principal dificuldade é saber se o mesmo entrou em contato com a equipe de saúde da unidade básica, e/ou se continuou com o tratamento”.

Diante da fala de E1 podemos observar a importância do sistema de referência e contra referência para a continuidade do tratamento. Desta forma a utilização do sistema de referência e contra referência é uma forma de possibilitar o acesso a todos os serviços vinculados ao SUS, referenciando o atendimento ao serviço especializado ou serviço de referência. Quando finalizado o atendimento, encaminha-se à sua unidade de saúde de origem para a continuidade do tratamento. Esse serviço também serve como lógica de hierarquização dos serviços, com a finalidade de sistematizar os níveis de complexidade de atendimento (BRASIL, 2011).

O vínculo profissional entre médicos e enfermeiros possibilita a realização de um trabalho integrado e cooperativo diante das intervenções realizadas aos pacientes. Desse modo, à valorização interpessoal se faz necessária para compreender a realidade do serviço a fim de promover o crescimento da equipe, possibilitando a diminuição de conflitos (COSTA et al., 2014).

Diante da literatura apresentada pode-se observar que o perfil dos pacientes com neoplasias de cabeça e pescoço em sua maioria são tabagistas, etilistas, do sexo masculino e com idade entre 51 e 60 anos. Perante os diagnósticos esses pacientes ficam transtornados, muitas vezes agitados e agressivos não aceitando a nova aparência física, bem como o novo convívio social. O fumo e o álcool representam maior incidência de câncer para este sítio de lesões uma vez que apresentam em sua formulação componentes mutagênicos e carcinogênicos (PINTO et al., 2012).

## ENTREVISTAS COM OS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

A idade dos técnicos de enfermagem pesquisados variou de vinte e três (23) anos a cinquenta e nove (59) anos. Quanto ao gênero, foi realizada por um (1) masculino e quatorze (14) femininos. O tempo de trabalho como técnico de enfermagem esteve entre dois (2) anos a quatorze (14) anos. O tempo de atuação nos respectivos setores entrevistados variou entre dois (2) dias a seis (6) anos.

Observamos que diante do perfil dos entrevistados percebe-se que houve variações, referente ao tempo de atuação nos setores onde muitos estão atuando há pouco tempo. Desse modo o constante aprimoramento, treinamento e capacitação são de suma importância para uma adequada assistência

## CUIDADOS NO PÓS-OPERATÓRIO

A existência de um protocolo de cuidado específico para os pacientes submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço não se faz presente na instituição como já observado nas falas. Porém, observa-se que os profissionais prestam assistência adequada aos pacientes, atentos a qualquer intercorrência.



O quadro a seguir ilustra os cuidados de enfermagem realizados aos pacientes submetidos às cirurgias de cabeça e pescoço.

| <b>Cuidados</b>                                       | <b>Entrevistados</b>                           |
|---|--|
| Realização de curativo diário                         | T3; T4; T5; T6; T7; T8; T9; T10; T11; T12; T15 |
| Aspiração traqueal sempre que necessário              | T2; T4; T10; T12; T13; T14; T15                |
| Observar sangramento                                  | T4; T5; T8; T10; T11; T11                      |
| Observar padrão respiratório/oferta de O <sub>2</sub> | T1; T2; T5; T10; T13; T14                      |
| Posicionamento do paciente/elevação de cabeceira      | T2; T6; T11; T13; T14; T15                     |
| Verificação de sinais vitais                          | T5; T10; T11; T12; T13                         |
| Cuidados com drenos                                   | T3; T4; T6; T7; T8                             |
| Cuidados com a alimentação/SNE                        | T3; T4; T6; T8                                 |
| Amenizar a dor  | T3; T6; T7; T9                                 |
| Monitorização do paciente                             | T1; T2; T14                                    |
| Observar edema  | T5; T10  |
| Higiene Oral  | T3   |
| Atentar para náusea e vômito                          | T9   |

**Fonte:** Dados da pesquisa (2017).

A pesar da não existência de um protocolo de assistência aos pacientes no pós-operatório de cirurgia de cabeça e pescoço, podemos observar no quadro acima que a equipe presta os cuidados de maneira necessária, atentando principalmente para a realização dos curativos, aspiração traqueal, atentar para as emergências oncológicas, oferta de oxigênio sempre que necessário e manter o paciente sempre em posição semifowler.

A equipe de enfermagem tem papel fundamental no cuidado aos pacientes hospitalizados, sendo cuidados no âmbito físico ou psicológico. A enfermagem atua diretamente no cuidado aos pacientes submetidos às cirurgias, que proporcionam maior conforto e a redução de efeitos colaterais causados pelas intervenções (SANTOS et al., 2012).

Quando refere-se aos cuidados no pós-operatório deve-se lembrar das complicações que podem surgir, sendo a dor uma delas, ocasionando dificuldade na mobilização e restringindo assim os esforços nas atividades. Outro exemplo são as hemorragias e sangramentos que apresentam ruptura de ligadura ou hemostasia deficiente. A correta prestação de cuidados sistemáticos aos pacientes permite que essas ocorrências sejam diagnosticadas precocemente a fim intervir de forma rápida e ter sucesso no tratamento e nas correções das complicações (STRACIERI, 2008).

O profissional de enfermagem permanece a maior parte do tempo ao lado do paciente, dessa forma o princípio do cuidado fora das possibilidades terapêuticas deve-se pressupor os cuidados nas dimensões físicas, psíquicas e espirituais a fim da preservação da qualidade de vida do paciente, com a valorização do cuidado emocional traduzido em empatia, promovendo o conforto e bem-estar tanto para o paciente quanto para os familiares (PINTO et al., 2011).

Os cuidados de enfermagem bem como as prescrições médicas, devem ser realizados em conjunto pelos médicos cirurgiões e pelo enfermeiro responsável, já que o

emprego adequado da SAE é fundamental para o desenvolvimento das rotinas diárias. Além disso, são necessários também para a prestação de cuidados como: manter o paciente sempre em posição semifowler; realizar os curativos diariamente, anotando sempre o aspecto da ferida operatório bem como drenos funcionantes; observar e avaliar sinais vitais e sinais de insuficiência respiratória auxiliando sempre que necessário com O<sub>2</sub> (SANTOS, 2010).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A oncologia tem nos mostrado diariamente o aumento da qualidade de vida e na sobrevida dos pacientes com câncer. Uma das modalidades do tratamento são os procedimentos cirúrgicos, que apesar de muitas vezes serem invasivos apresentam significativos benefícios para esses pacientes, visto que ocorrem em uma área específica.

Os achados da pesquisa referente às falas dos enfermeiros, mostraram que o conhecimento sobre os cuidados de enfermagem perante as cirurgias de cabeça e pescoço consistem em cuidados com os drenos, desobstrução de vias aéreas como a traqueostomia, sonda para alimentação bem como a realização do curativo diário. Já nos relatos dos técnicos de enfermagem, consistem na realização do curativo diário e drenos, aspiração de vias aéreas, emergências oncológicas, controle de sinais vitais bem como amenizar as dores.

Observou-se, através da pesquisa, que os cuidados de enfermagem prestados estão relacionados ao bem estar dos pacientes, através da realização do curativo diário bem como o uso de medicamentos para amenizar as dores. Nesse contexto, a relação da equipe multiprofissional é de suma importância no tratamento e acompanhamento dos pacientes, visto que esses sofrem fortes impactos com o convívio social por conta do sítio anatômico atingido pelas neoplasias.

Diante da complexidade na assistência de enfermagem ao se tratar de pacientes oncológicos bem como os cuidados a serem prestados no pós-operatório de cirurgia de cabeça e pescoço, sugere-se capacitação permanente nas instituições a todos os profissionais que prestam assistência a esses pacientes a fim de possibilita-los uma assistência de qualidade e eficaz, como também a especialização em enfermagem oncológica aos enfermeiros e a elaboração e implantação de um protocolo de cuidados aos pacientes submetidos às cirurgias de cabeça e pescoço.

Deste modo conclui-se que os cuidados de enfermagem prestados aos pacientes em pós-operatório de cirurgia de cabeça e pescoço são essenciais para a qualidade da assistência e para uma efetiva recuperação pós-cirúrgica. Sendo assim, o enfermeiro deve se fazer presente como um profissional de referência por meio do conhecimento técnico, prático e científico garantindo a assistência adequada aos cuidados específicos que tal complexidade exige contribuindo para uma terapêutica holística e com maior qualidade.

---

## REFERÊNCIAS

- ARAUJO, Cláudia Regina Gomes de; ROSAS, Ann Mary Machado Tinoco Feitosa. O Papel da Equipe de Enfermagem no Setor da Radioterapia: uma contribuição para a equipe multidisciplinar. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p.231-237, 2008. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_54/v03/pdf/artigo\\_4\\_pag\\_231a237.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v03/pdf/artigo_4_pag_231a237.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2017.
- BASTOS, Alana Queiroz et al. REFLEXÕES SOBRE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PRÉ E PÓSOPERATÓRIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 2, p.382-390, abr. 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/15724-95850-1-PB.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2017.
- BELHIANE, Heber Paulino Pena; MATOS, Leandro Rodrigo Pereira de; CAMARGOS, Ferreira. O PACIENTE FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER E A ATUAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v. 3, n. 4, p.1374-1381, set. 2014. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/592-3971-1-PB.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2017.
- BOAVENTURA, Ana Paula; VEDOVATO, Cleuza Aparecida; SANTOS, Francisleine Franck dos. PERFIL DOS PACIENTES ONCOLÓGICOS ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA. **Revista Ciencia y Enfermeria**, Chile, v. 21, n. 2, p.51-62, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n2/art\\_06.pdf](http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n2/art_06.pdf)>. Acesso em: 31 maio 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2016**: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2015. 126 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **ABC do Câncer**: Abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro: CEDC, 2011. 127p.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 07 nov. 2016.
- CHRISTO, Zuriel Mello de; TRAESEL, Elisete Soares. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO PACIENTE ONCOLÓGICO E A ATUAÇÃO DA PSICO-ONCOLOGIA NO HOSPITAL. **Disc. Scientia. Série: Ciências Humanas**, Santa Maria, v. 10, n. 1, p.75-87, 2009. Disponível em: <[http://sites.unifra.br/Portals/36/Artigos 2009 CH/06.pdf](http://sites.unifra.br/Portals/36/Artigos%202009%20CH/06.pdf)>. Acesso em: 01 jun. 2017.
- COSTA, Juliana Pessoa et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p.733-743, out. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0733.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2017.
- DANTAS, Daniele Vieira et al. PROPOSTA DE PROTOCOLO PARA ASSISTÊNCIA AS PESSOAS COM ÚLCERAS VENOSAS. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, Santa Maria, v. 3, n. 0, p.618-626, set. 2013. Disponível em:

---

<<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/11076/pdf>>. Acesso em: 17 maio 2017.

DALRI, Rita de Cássia de Marchi Barcellos et al. Carga horária de trabalho dos enfermeiros e sua relação com as reações fisiológicas do estresse. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p.959-965, nov. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt\\_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00959.pdf)>. Acesso em: 09 maio 2017.

LUCA, Manoela Dias de. **Necessidades de autocuidado à qualidade de vida de clientes com câncer de cabeça e pescoço: contribuição da enfermagem**. 2012. 124 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[http://www.bdttd.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=3699](http://www.bdttd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=3699)>. Acesso em: 23 maio 2017.

MINAYO, Maria. Cecília. Souza. O DESAFIO DO CONHECIMENTO: PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE. V.8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

PAIVA, Carlos Eduardo et al. O que o Emergencista precisa saber sobre as Síndromes da veia cava superior, Compressão medular e Hipertensão intracraniana. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 3, p.289-296, 2008. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_54/v03/pdf/revisao\\_3\\_pag\\_289a296.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v03/pdf/revisao_3_pag_289a296.pdf)>. Acesso em: 01 jun. 2017.

PETERSON, Aline Azevedo; CARVALHO, Emília Campos de. Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p.692-697, jul. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a10v64n4.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2017.

PINTO, Maria Helena et al. O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO FORA DE POSSIBILIDADE DE CURA: PERCEPÇÃO DE UM GRUPO DE PROFISSIONAIS. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 16, n. 4, p.647-653, out. 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/25433-92742-2-PB \(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/25433-92742-2-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 24 maio 2017.

PINTO, Fabio Roberto et al. Tratamento cirúrgico do carcinoma epidermoide da cavidade oral e orofaringe no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP): perfil dos pacientes tratados e resultados oncológicos iniciais. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça Pescoço**, São Paulo, v. 41, n. 2, p.53-57, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2014/11/REVISTA-SBCCP-41-2-artigo-01.pdf>>. Acesso em: 28 maio 2017.

PINTO, Jose Antônio et al. Lesões pré-malignas da laringe: revisão de literatura. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça Pescoço**, São Paulo, v. 41, n. 1, p.42-47, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2014/11/REVISTA-SBCCP-41-1-artigo-10.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2017.

ROCHA, Débora Rodrigues da; IVO, Olguimar Pereira. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-OPERATÓRIO E SUA INFLUÊNCIA NO PÓS-OPERATÓRIO. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Bahia, v. 4, n. 2, p.170-178, jun. 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/631-3081-1-PB.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2017.

---

RODRIGUES, Luciane Cristine Ribeiro; JULIANI, Carmen Maria Casquel Monti. Resultado da implantação de um Núcleo Interno de Regulação de Leitos nos indicadores administrativo-assistenciais em um hospital de ensino. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.96-102, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n1/pt\\_1679-4508-eins-13-1-096.pdf](http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n1/pt_1679-4508-eins-13-1-096.pdf)>. Acesso em: 29 maio 2017.

SALIMENA, Anna Maria de Oliveira et al. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO USADAS POR ENFERMEIROS AO CUIDAR DE PACIENTES ONCOLÓGICOS. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, Santa Maria, v. 3, n. 1, p.8-16, jan. 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/6638-39255-1-PB.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2017.

SANTOS, Maiara Rodrigues dos et al. DESVELANDO O CUIDADO HUMANIZADO: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIROS EM ONCOLOGIA PEDIÁTRICA. **Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p.646-653, jul. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a10.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2017.

SANTOS, Daniele Raiane Florentino dos et al. Cuidados de enfermagem ao paciente em pós-operatório de prostatectomia: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 14, n. 3, p.690-701, jul. 2012. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n3/pdf/v14n3a27.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n3/pdf/v14n3a27.pdf)>. Acesso em: 15 maio 2017.

SANTOS, Nivea Cristina Moreira. **Centro cirúrgico e os Cuidados de Enfermagem**. 6. ed. São Paulo: Érica Ltda, 2010. 184 p.

SERRA, Maria Aparecida Alves de Oliveira et al. Assistência de enfermagem no pós-operatório imediato: estudo transversal. **Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.161-167, mar. 2015. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/5082-24217-1-PB \(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/5082-24217-1-PB (1).pdf)>. Acesso em: 22 maio 2017

SETTE, Catarina Possenti; GRADVOHL, Silvia Mayumi Obana. Vivências emocionais de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Rev. Psicol. UNESP**, Assis, v. 13, n. 2, p. 26-31, dez. 2014. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-90442014000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442014000200003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 22 maio. 2017.

SILVA, Camila Neves da et al. EXERCÍCIO DA LIDERANÇA DO(A) ENFERMEIRO(A) EM UNIDADES ONCOLÓGICAS. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 30, n. 2, p.1-10, abr. 2016. Disponível em: <[https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/15173/pdf\\_47](https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/15173/pdf_47)>. Acesso em: 18 maio 2017.

SOARES, Mirelle Inácio et al. Sistematização da assistência de enfermagem: facilidades e desafios do enfermeiro na gerência da assistência. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p.47-53, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0047.pdf>>. Acesso em: 27 maio 2017.

STRACIERI, Luís Donizeti da Silva. CUIDADOS E COMPLICAÇÕES PÓS-OPERATÓRIAS. **Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 4, p.465-468, 2008. Disponível em: <[http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N4/SIMP\\_4Cuidados\\_e\\_complicacoes-posoperatorias.pdf](http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N4/SIMP_4Cuidados_e_complicacoes-posoperatorias.pdf)>. Acesso em: 24 maio 2017.

VICENZI, Adriana et al. DADO INTEGRAL DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ONCOLÓGICO E À FAMÍLIA. **Revista de Enfermagem da Ufsm**, Santa Maria, v. 3, n. 3, p.409-417, set. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/viewFile/8816/pdf>>. Acesso em: 24 maio 2017.

WERNECK, Marcos Azeredo Furquim; FARIA, Horácio Pereira de; CAMPOS, Kátia Ferreira Costa. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Editora Coopmed, 2009. 83 p. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1750.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PESSOAS RESIDENTES EM CRICIÚMA COM  
DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS ADQUIRIDA NO PERÍODO DE 2012 A 2016**

*EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PEOPLE RESIDING IN CRICIÚMA DIAGNOSED  
WITH SYPHILIS ACQUIRED IN THE PERIOD FROM 2012 TO 2016*

Cintia de Cordes de Souza<sup>1</sup>  
Ivanir Prá da Silva Thomé<sup>2</sup>  
Neiva Juncks Hoepers<sup>3</sup>  
Ana Regina da Silva Losso<sup>4</sup>  
Sílvia Salvador do Prado<sup>5</sup>

Recebido em: 03 jul. 2017  
Aceito em: 24 maio 2018

**RESUMO:** Estudo retrospectivo, de natureza exploratória, com abordagem quantitativa, tendo como objetivo descrever o perfil epidemiológico das pessoas com diagnóstico de sífilis adquirida, no período de 2012 a 2016, no município de Criciúma - SC. Foram utilizadas as bases de dados secundárias do Ministério da Saúde (MS), no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A amostra foi constituída por 100% das notificações confirmadas de Sífilis Adquirida (CID-A53.9) e Sífilis em Gestante (CID-O98.1), no período compreendido entre os anos de 2012 a 2016, em pessoas residentes no município de Criciúma (SC). Caracterizou-se o perfil epidemiológico das pessoas segundo sexo, faixa etária, escolaridade, ocupação e raça, conhecer a classificação clínica da sífilis e identificar se o parceiro foi tratado nos casos de sífilis em gestante e em que momento foi dado o diagnóstico. Os dados foram analisados estatisticamente com o uso dos programas TABWIN/TABNET e Excel. Foram analisados 552 casos de sífilis adquirida e 108 de sífilis em gestantes. Faixa etária predominante foi entre 20-29 anos; a maioria dos casos predominou no sexo masculino (n); o maior número de notificação foi no serviço de referência. Em relação à escolaridade, os maiores números se encontram no ensino fundamental incompleto. Raça predominante foi à branca e a ocupação foi do lar. O município possui boa qualidade no registro das informações, porem rede de atenção básica é deficitária, se faz necessários processos educativos com as equipes e com a população para maior conscientização.

**Palavras-chave:** Sífilis. Vigilância epidemiológica. Saúde pública.

**ABSTRACT:** Retrospective study, exploratory in nature, with a quantitative approach, aiming to describe the epidemiological profile of the people diagnosed with syphilis acquired in the period from 2012 to 2016, in the municipality of Criciúma - SC. Used

<sup>1</sup> Enfermeira. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC - Brasil. UNESC. E-mail: [cintia.vitta@gmail.com](mailto:cintia.vitta@gmail.com).

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC - Brasil. UNESC. E-mail: [ivanir\\_pdst@yahoo.com.br](mailto:ivanir_pdst@yahoo.com.br).

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestrado em Ciências da Saúde. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC - Brasil. UNESC. E-mail: [neivajun@unesc.net](mailto:neivajun@unesc.net).

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC - Brasil. UNESC. E-mail: [analosso@unesc.net](mailto:analosso@unesc.net).

<sup>5</sup> Enfermeira. Mestrado em Educação. Secretaria de Estado da Saúde – 20ª Gerencia Regional de Saúde - Criciúma - SC - Brasil. E-mail: [silviaprado@saude.sc.gov.br](mailto:silviaprado@saude.sc.gov.br).

secondary data bases of the Ministry of health (MS), in the information system of reportable diseases (SINAN). The sample consisted of 100% confirmed notifications of Acquired Syphilis (CID-53.9) and syphilis in pregnant women (CID-98.1), in the period from 2012 to 2016, in people living in the city of Criciúma (SC). Featured the epidemiological profile of the people according to gender, age, education, occupation and race, meet the clinical classification of syphilis and identify if the partner was treated in cases of syphilis in pregnant women and in that moment was given the diagnosis. The data were statistically analyzed with the use of the TABWIN programs/TABNET and Excel. 552 were analyzed cases of syphilis acquired and 108 of syphilis in pregnant women. Predominant age group was between 20-29 years; most cases predominated in males; the largest number of notification was in the referral service. With regard to education, the largest numbers are in elementary school. Predominant race was white and the occupation was. The municipality has good quality in the registry of the information, but the basic attention network is deficient, necessary educational processes with teams and with the population to greater awareness.

**Keywords:** Neurosyphilis. Epidemiological Surveillance. Public Health.

## INTRODUÇÃO

Entre tantas suposições sobre sua origem, a sífilis ficou conhecida inicialmente na Europa no final do século XV, devido a sua rápida disseminação, onde tiveram de início duas teorias. A primeira teoria, introduzida na Europa pelos marinheiros espanhóis que haviam participado da descoberta da América, e a outra, proveniente de mutações e adaptações sofridas por espécies de treponemas endêmicos do continente africano. Diante tantas suposições, a sífilis ficou conhecida com esse nome através de um poema (AVELLEIRA; BOTTIVO, 2006).

O termo sífilis se originou de um poema, com 1.300 versos, escrito no ano de 1530 pelo médico e poeta Girolamo Fracastoro em seu livro intitulado *Syphilis Sive Morbus Gallicus* ("A sífilis ou mal gálico"). Ele narra a história de *Syphilus*, um pastor que amaldiçoou o deus Apolo e foi punido com o que seria a doença sífilis. (BRASIL, 2010).

As primeiras doenças conhecidas como sexualmente transmissíveis eram a sífilis, gonorreia, cancro mole, linfogranuloma venéreo e granuloma inguinal. Com o avanço da ciência, novas doenças foram sendo descobertas, em destaque a AIDS, nos anos 80. Por um período de aproximadamente 20 anos, entre a descoberta da penicilina e o surgimento do primeiro caso de AIDS nos anos 80, o sexo foi tratado de forma mais liberal, pois até então a doença sexual transmissível de maior preocupação era a sífilis, que com a descoberta da Penicilina diminuiu o número de casos, onde o sexo relevante junto ao uso do anticoncepcional ocasionou o um aumento nas DST's na época que estende-se até os dias atuais (AVELLEIRA; BOTTIVO, 2006).

O número de casos de sífilis vem aumentando no Brasil e, por isso, todos os profissionais da área da saúde devem estar atentos às suas manifestações. (BRASIL, 2010).



Diante desse aumento, surge o despertar sobre a importância de estudar o perfil epidemiológico das pessoas com diagnóstico de sífilis adquirida residentes no município de Criciúma, SC, nos últimos anos, no período de 2012 a 2016, podendo-se levar em conta a predominância do sexo; classificação clínica predominante na fase secundária; no caso de sífilis em gestante, se o parceiro não foi tratado; menos de 50% dos casos de sífilis em gestantes, diagnosticados no momento do parto, são oriundos da rede pública.

Dados do último boletim epidemiológico do Ministério da Saúde revelam que os casos de sífilis adquiridas (em adultos) aumentaram 32,7% no Brasil, no período de 2014 a 2015. Entre gestantes, o crescimento foi de 20,9%, enquanto as infecções por sífilis congênita (transmitida pela mãe ao bebê) subiram 19% no mesmo período (BRASIL, 2016).

Nesta perspectiva este estudo teve por objetivo identificar o perfil epidemiológico das pessoas com diagnóstico de sífilis adquirida, residentes em Criciúma no período de 2012 a 2016.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Estudo de natureza exploratória retrospectivo, com abordagem quantitativa, em base de dados secundários do Ministério da Saúde (MS). Os dados foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do MS. A amostra foi composta de 100% das notificações confirmadas de Sífilis Adquirida (CID-A53.9) e Sífilis em Gestantes (CID-O98.1), no período entre 2012 a 2016, de pessoas residentes em Criciúma/SC. Utilizou-se como critérios de inclusão: confirmação do diagnóstico; ser residente no município de Criciúma no período do estudo.

Os dados foram coletados através do sistema de informações do Ministério da Saúde, SINAN. A utilização dos programas TABWIN/TABNET atende a vários objetivos e demandas, relativas às necessidades de uso da informação em saúde, seja na sua produção, divulgação, transmissão de conhecimento ou no suporte ao planejamento, à tomada de decisão, e à aplicação de recursos financeiros.

Os dados foram analisados e posteriormente apresentados através de gráficos explicativos confeccionados no programa Microsoft Excel, bem como tabelas, com as informações repassadas através do programa TABWIN/TABNET. É nesse momento em que vamos fazer a correlação entre o material aplicado e o resultado esperado.

Na análise, o pesquisador entra em maiores detalhes sobre os dados decorrentes do trabalho estatístico, a fim de conseguir respostas às suas indagações, e procura estabelecer as relações necessárias entre os dados obtidos e as hipóteses formuladas. Estas são comprovadas ou refutadas, mediante a análise (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A presente pesquisa não apresenta o número de aprovação do comitê de ética em virtude dos dados serem considerados públicos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados foram coletados no SINAN da 20ª Gerência Regional de Saúde de Criciúma, SC, no período de março a maio de 2017, sendo disponibilizados os dados consolidados em tabela o Excel®, para a análise dos dados.

No período selecionado foram confirmados 552 casos de sífilis adquirida, e 108 casos de gestantes.

Os dados coletados foram analisados em duas categorias: sífilis adquirida em gestantes e sífilis em não gestantes, incluindo todos os sexos.

### SÍFILIS ADQUIRIDA

Em relação à distribuição temporal o ano com maior predominância foi o ano de 2016 com 195 casos como mostra a tabela 1.

**Tabela 2** – Distribuição dos casos confirmados de Sífilis adquirida (exceto gestante) no município de Criciúma segundo sexo. Período 2012-2016.

| Ano Notif.   | Sexo       |           |            |           | Total      |
|--------------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
|              | Masculino  | %         | Feminino   | %         |            |
| 2012         | 24         | 69        | 11         | 31        | 35         |
| 2013         | 29         | 69        | 13         | 31        | 42         |
| 2014         | 63         | 62        | 38         | 38        | 101        |
| 2015         | 111        | 62        | 68         | 38        | 179        |
| 2016         | 106        | 54        | 89         | 46        | 195        |
| <b>Total</b> | <b>333</b> | <b>60</b> | <b>219</b> | <b>40</b> | <b>552</b> |

Fonte: SINAN/SES/SC, 2017.

Nos anos de 2015 e 2016 houve um aumento significativo de casos de sífilis não somente no município de Criciúma, mas também em todo o país. Conforme informações do boletim epidemiológico de 2016 a maior taxa de incidência de sífilis adquirida foi no estado de Rio Grande do Sul e a menor em Alagoas.

“Quanto às UFs, a taxa de detecção mais elevada, em 2015, foi observada no Rio Grande do Sul (111,5 casos/100 mil hab.), e a mais baixa em Alagoas (3,8 casos/100 mil hab)” (BRASIL, 2016, p.5).

Porém um dado que se pode levar em consideração em relação a esses números é a melhora nas notificações, que pode contribuir de forma direta para o aumento dessa porcentagem.

Em relação à faixa etária, as informações são apresentadas na tabela 2.

Tabela 3 – Distribuição dos casos confirmados de Sífilis adquirida (exceto gestante) no município de Criciúma segundo Faixa etária. Período 2012-2016.

| Faixa etária \ Ano Notif. | Faixa etária |       |         |         |         |         |         |         |         |         |
|---------------------------|--------------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
|                           | < 1 a        | 1 a 4 | 10 a 14 | 15 a 19 | 20 a 29 | 30 a 39 | 40 a 49 | 50 a 59 | 60 a 69 | 70 a 79 |
| <b>2012</b>               | 1            | 0     | 0       | 2       | 10      | 6       | 9       | 7       | 0       | 0       |
| <b>2013</b>               | 1            | 0     | 1       | 4       | 13      | 9       | 9       | 5       | 0       | 0       |
| <b>2014</b>               | 0            | 0     | 0       | 7       | 28      | 24      | 24      | 11      | 5       | 2       |
| <b>2015</b>               | 1            | 0     | 0       | 29      | 68      | 37      | 19      | 18      | 5       | 2       |
| <b>2016</b>               | 1            | 1     | 3       | 25      | 74      | 39      | 20      | 23      | 8       | 1       |
| <b>Total</b>              | 4            | 1     | 4       | 67      | 193     | 115     | 81      | 64      | 18      | 5       |
| <b>% Total</b>            | 0,72         | 0,18  | 0,72    | 12,14   | 34,96   | 20,83   | 14,67   | 11,59   | 3,26    | 0,91    |

Fonte: SINAN/SES/SC, 2017.

Na tabela acima podemos observar que a faixa etária de 20 a 29 anos, seguida da faixa etária dos 30 a 39 anos, são as que apresentam maior frequência de casos com 34,96% e 20,83% dos casos o que totaliza 55,79% dos casos. Os números são bem evidentes quanto à idade, mostrando um aumento significativo entre um público jovem.

Esses dados nos faz pensar como está acontecendo à promoção e prevenção em saúde entre esse público. Nos reporta sobre a conduta sexual dos mesmos, tendo em vista que possam ter uma melhor compreensão sobre as informações repassadas em relação as outras faixas etárias.

Brasil (2016, p.5) aponta que o município de Criciúma vem seguindo a tendência nacional, pois o boletim apresenta a seguinte informação: “Em 2015, observou-se que 55,6% dos casos de sífilis adquirida, no Brasil, eram da faixa etária de 20 a 39 anos”.

Fazendo uma leitura da tabela 3, podemos perceber que o aumento se manteve na raça branca com (86,41%).

Tabela 4 – Distribuição dos casos confirmados de Sífilis adquirida (exceto gestante) no município de Criciúma segundo raça. Período 2012-2016.

| Ano da Notificação | Ign/Branco | Branca | Preta | Parda | Indígena | Total |
|--------------------|------------|--------|-------|-------|----------|-------|
| <b>2012</b>        | 0          | 33     | 1     | 1     | 0        | 35    |
| <b>2013</b>        | 0          | 39     | 3     | 0     | 0        | 42    |
| <b>2014</b>        | 0          | 85     | 9     | 6     | 1        | 101   |
| <b>2015</b>        | 1          | 155    | 17    | 6     | 0        | 179   |
| <b>2016</b>        | 2          | 165    | 17    | 10    | 1        | 195   |

Fonte: SINAN/SES/SC, 2017.

Para que possamos entender o aumento quanto à raça, precisamos entender primeiramente a importância desse critério para a Saúde Pública.

Conforme Pena (2005, p.1) o conceito de ‘raça’ faz parte do:

Arcabouço canônico da medicina, associado à ideia de que cor e/ou ancestralidade biológica são relevantes como indicadores de predisposição a doenças ou de resposta a fármacos. Essa posição decorre de uma visão tipológica de raças.

Ou seja, acredita-se e estuda-se que algumas doenças são de origem hereditária bem como culturais. Já para Laguardia (2004, p.1):

Nos últimos anos, um interesse crescente tem sido observado no uso das categorias raciais e étnicas na Saúde Pública. Entretanto, isso não tem sido acompanhado por um aprofundamento da discussão dos problemas teóricos e práticos relacionados à utilização da variável “raça”.

Embora o conceito biológico ainda tenha forte apelo entre os pesquisadores da área, vários estudos têm proposto outras formas de definir o conceito e estabelecer seu uso na pesquisa em saúde.

O indicador raça é um indicador para avaliar populações mais vulneráveis que podem estar incluídos em fatores socioeconômicos.

Apesar de o indicador ser importante em questões de vulnerabilidade, não conseguimos realizar o cálculo de coeficiente por raça em virtude de não conseguir tais informações junto ao IBGE, em Criciúma. Assim, inviabilizou a comparação segundo raça.

Conforme nos mostra a tabela 4, a escolaridade entre os casos de sífilis adquirida foi maior entre os que possuem ensino fundamental incompleto e completo (50,8%). A faixa etária de 20 a 39 anos, que é a faixa etária com maior número de casos, apresenta 142 casos confirmados (25,72%) em que os sujeitos tinham no máximo ensino fundamental completo.

**Tabela 5 -** Distribuição dos casos confirmados de Sífilis adquirida (exceto gestante) no município de Criciúma segundo a escolaridade. Período 2012-2016.

| Faixa Etária | Ign/Bra nco | Ensino Fundamental |                          |             | Ensino médio |             | Ensino Superior |            | Não se aplica | Total      |
|--------------|-------------|--------------------|--------------------------|-------------|--------------|-------------|-----------------|------------|---------------|------------|
|              |             | 1ª a 4ª série      | 5ª a 8ª série incompleta | Completo    | Incompleto   | Completo    | Incompleto      | Completo   |               |            |
| Menor 1 ano  | 0           | 0                  | 0                        | 0           | 0            | 0           | 0               | 0          | 4             | 4          |
| 1 a 4 anos   | 0           | 0                  | 0                        | 0           | 0            | 0           | 0               | 0          | 1             | 1          |
| 10 a 14 anos | 1           | 2                  | 1                        | 0           | 0            | 0           | 0               | 0          | 0             | 4          |
| 15 a 19 anos | 16          | 0                  | 17                       | 11          | 13           | 9           | 1               | 0          | 0             | 67         |
| 20 a 29 anos | 38          | 5                  | 27                       | 44          | 18           | 45          | 10              | 6          | 0             | 193        |
| 30 a 39 anos | 19          | 7                  | 33                       | 26          | 6            | 13          | 7               | 4          | 0             | 115        |
| 40 a 49 anos | 17          | 8                  | 24                       | 22          | 4            | 6           | 0               | 0          | 0             | 81         |
| 50 a 59 anos | 10          | 5                  | 22                       | 17          | 1            | 7           | 1               | 1          | 0             | 64         |
| 60 a 69 anos | 4           | 5                  | 8                        | 0           | 0            | 0           | 0               | 1          | 0             | 18         |
| 70 a 79 anos | 2           | 1                  | 0                        | 1           | 0            | 0           | 0               | 1          | 0             | 5          |
| <b>Total</b> | <b>107</b>  | <b>33</b>          | <b>132</b>               | <b>121</b>  | <b>42</b>    | <b>80</b>   | <b>19</b>       | <b>13</b>  | <b>5</b>      | <b>552</b> |
| <b>%</b>     | <b>19,4</b> | <b>5,0</b>         | <b>23,9</b>              | <b>21,9</b> | <b>7,6</b>   | <b>14,5</b> | <b>3,4</b>      | <b>2,4</b> | <b>0,9</b>    | <b>100</b> |

Fonte: SINAN/SES/SC, 2017.

Em estudo realizado em outro município de Santa Catarina, neste caso, Joaçaba, no período entre 2010 e 2015, trouxe no que se diz respeito à escolaridade, que 29% das notificações eram de pessoas com ensino fundamental incompleto ou completo (BOFF; DALLACOSTA, 2016).

Porém o mesmo estudo apresenta a informação escolaridade ignorado ou em branco de 40%, o contrario de Criciúma que apresentou 19,38% das notificações com o campo ignorado ou em branco. Além de possuir esta informação mais completa que Joaçaba, Criciúma apresenta também informação melhor que a media nacional, dados do Boletim Epidemiológico (2016), informam que 36,8% de todas as notificações de sífilis do país constavam a informação de escolaridade constava como ignorada (BRASIL, 2016).

Criciúma nos apresentou que escolaridade apresenta 19,38% com o campo ignorado ou em branco. O que nos mostra que há uma melhor qualidade na coleta de dados do que a média nacional.

A tabela 5 nos traz os locais por região onde mais são realizadas as notificações dos casos, podemos observar que a região do central ficou com o maior número.

**Tabela 6** – Distribuição dos casos confirmados de Sífilis adquirida (exceto gestante) no município de Criciúma segundo a local de notificação. Período 2012-2016.

| Distrito sanitário de notificação     | < 1 ano  | 1-4 anos | 10-14 anos | 15-19 anos | 20-29 anos | 30-39 anos | 40-49 anos | 50-59 anos | 60-69 anos | 70-79 anos | Total      | %             |
|---------------------------------------|----------|----------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|---------------|
| Região Centro                         | 1        | 0        | 1          | 4          | 26         | 13         | 17         | 16         | 2          | 0          | 80         | 14,71         |
| Região Próspera                       | 1        | 0        | 1          | 3          | 13         | 5          | 7          | 12         | 0          | 0          | 42         | 7,72          |
| Região Rio Maina                      | 0        | 0        | 0          | 3          | 8          | 1          | 2          | 2          | 1          | 0          | 17         | 3,13          |
| Região Boa Vista                      | 0        | 0        | 0          | 4          | 15         | 9          | 5          | 5          | 1          | 1          | 40         | 7,35          |
| Região Santa Luzia                    | 1        | 0        | 1          | 6          | 20         | 16         | 12         | 2          | 3          | 0          | 61         | 11,21         |
| Unidade de Referência em IST/HIV/Aids | 1        | 0        | 1          | 43         | 105        | 70         | 37         | 26         | 9          | 3          | 295        | 54,23         |
| Outros Municípios                     | 0        | 1        | 0          | 0          | 5          | 1          | 0          | 1          | 0          | 1          | 9          | 1,65          |
| <b>Total</b>                          | <b>4</b> | <b>1</b> | <b>4</b>   | <b>63</b>  | <b>192</b> | <b>115</b> | <b>80</b>  | <b>64</b>  | <b>16</b>  | <b>5</b>   | <b>544</b> | <b>100,00</b> |

Fonte: SINAN/SES/SC, 2017.

Conforme nos apresentou a tabela o maior número de notificação foi no centro da cidade de Criciúma seguido da unidade de referência do serviço (PAMDHA) que também faz parte da região do centro.

Duas unidades notificadoras (n=3) são de municípios vizinhos a Criciúma e os demais de outras regiões de saúde (Laguna, Grande Florianópolis e Itajaí).

## SÍFILIS EM GESTANTE

Nesta seção apresentamos informações referentes aos casos confirmados de sífilis em gestantes de mulheres residentes em Criciúma.

A tabela 6 apresenta informações acerca da faixa etária das gestantes notificadas por sífilis durante a gravidez.

Os dados apresentados demonstram incidência na faixa etária de 20 a 29 anos com 56,5%, seguido da faixa etária 15 a 19 com 21,3%.

**Tabela 7** – Distribuição dos casos confirmados de Sífilis adquirida em gestante no município de Criciúma segundo Faixa etária. Período 2012-2016.

| Ano da Notificação | 10 a 14 anos | 15 a 19 anos | 20 a 29 anos | 30 a 39 anos | 40 a 49 anos | Total |
|--------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
| 2012               | 0            | 0            | 3            | 2            | 0            | 5     |
| 2013               | 0            | 2            | 6            | 0            | 0            | 8     |
| 2014               | 0            | 4            | 8            | 6            | 1            | 19    |
| 2015               | 0            | 6            | 23           | 4            | 1            | 34    |
| 2016               | 2            | 11           | 21           | 7            | 1            | 42    |
| <b>Total</b>       | 2            | 23           | 61           | 19           | 3            | 108   |
| %                  | 1,9          | 21,3         | 56,5         | 17,6         | 2,8          | 100,0 |

Fonte: SINAN/SES/SC, 2017.

O resultado apresentado em Criciúma foi semelhante à cidade de Rondonópolis (MT) (cidade de mesmo porte populacional), que teve incidência predominante, porem muito superior, na faixa etária de 18 a 30 anos com 74% dos casos, seguido pela faixa 14 e 17 anos, com 10,57%. Sendo que uma gestante pertencia à faixa etária entre 41 e 45 anos e duas entre 46 e 49 anos (SIQUEIRA *et al*, 2017).

Assim como nos mostra a tabela 03 da sífilis adquirida, nos casos de gestantes a raça branca também predominou no município de Criciúma.

**Tabela 8** – Distribuição dos casos confirmados de Sífilis adquirida em gestante no município de Criciúma segundo raça. Período 2012-2016.

| Ano da Notificação | Branca | Preta | Parda | Total |
|--------------------|--------|-------|-------|-------|
| 2012               | 5      | 0     | 0     | 5     |
| 2013               | 7      | 1     | 0     | 8     |
| 2014               | 10     | 8     | 1     | 19    |
| 2015               | 23     | 8     | 3     | 34    |
| 2016               | 30     | 9     | 3     | 42    |
| <b>Total</b>       | 75     | 26    | 7     | 108   |
| %                  | 69,4   | 24,1  | 6,5   | 100,0 |

Fonte: SINAN/SES/SC, 2017.

Esse fato talvez ocorra pela predominância da cultura do município, colonizado por italianos, no ano de 1980 (NASPOLINI FILHO, 2000).

Estudos apontam que população afrodescendente possui a maior vulnerabilidade, sendo importante conhecer estudos que mostram a importância das informações sobre

estudar raça (ARAÚJO; SILVA, 2011).

É importante reconhecer que nas doenças de notificação compulsória, essa informação tem sido registrada em mais de 90% dos casos de malária, hanseníase e sífilis em gestante, mas ainda são omitidas em mais de 10% dos casos de AIDS, dengue, hepatites virais, sífilis congênita e tuberculose (ARAÚJO; SILVA, 2011, p.153).

Não foi possível realizar cálculo do coeficiente segundo raça devido falta de informações sobre estimativa da população residente em Criciúma.

Avaliando a distribuição dos casos confirmados de sífilis em gestante segundo escolaridade podemos observar na tabela 8, que a maior frequência está nas mulheres com ensino fundamental com 63,8%, principalmente naquelas com ensino fundamental incompleto (39,1%).

**Tabela 9** - Distribuição dos casos confirmados de Sífilis em gestante no município de Criciúma segundo escolaridade. Período 2012-2016.

| Escolar                   |                                 | 10 a 14 anos | 15 a 19 anos | 20 a 29 anos | 30 a 39 anos | 40 a 49 anos | Total |
|---------------------------|---------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------|
|                           | <b>Ign/Branco</b>               | 1            | 1            | 5            | 0            | 0            | 7     |
| <b>Ensino Fundamental</b> | <b>1ª a 4ª série</b>            | 0            | 1            | 4            | 5            | 0            | 10    |
|                           | <b>5ª a 8ª série incompleta</b> | 1            | 9            | 15           | 5            | 3            | 33    |
|                           | <b>Ensino completo</b>          | 0            | 10           | 12           | 4            | 0            | 26    |
| <b>Ensino médio</b>       | <b>Ensino incompleto</b>        | 0            | 1            | 9            | 1            | 0            | 11    |
|                           | <b>Ensino completo</b>          | 0            | 1            | 13           | 3            | 0            | 17    |
| <b>Ensino Superior</b>    | <b>Ensino incompleto</b>        | 0            | 0            | 1            | 0            | 0            | 1     |
|                           | <b>Ensino completo</b>          | 0            | 0            | 2            | 1            | 0            | 3     |
| <b>Total</b>              |                                 | 2            | 23           | 61           | 19           | 3            | 108   |
| <b>%</b>                  |                                 | 1,9          | 21,3         | 56,5         | 17,6         | 2,8          | 100,0 |

Fonte: SINAN/SES/SC, 2017.

Em estudo realizado em um município de médio porte do Mato Grosso do Sul, 47,83% das mulheres grávidas tinham o ensino fundamental incompleto (ALVES; OLIVEIRA, 2016). O dado apresentado pelo município da região centro-oeste fica semelhante ao apresentado por Criciúma.

Pode-se associar a predominância da doença com falta de conhecimento devido à baixa escolaridade, podendo se pensar na falta do despertar para informações com relação saúde.

A distribuição de casos confirmados de sífilis em gestante, tabela 9 foi predominante na região central. Isso se dá em virtude do hospital que faz parto da cidade estar situado nesta região. Também é notado o número de casos notificados pelo serviço de referência, o que nos leva a pensar em uma transferência de responsabilidade, que deveria ser das unidades de atenção básica.

Mas uma vez vale ressaltar a importância das notificações, Criciúma possui além da unidade de referência e do centro, mais regiões com grandes bairros, que podem

contribuir de forma significativa para os casos de notificação.

**Tabela 10** - Distribuição dos casos confirmados de Sífilis adquirida em gestante no município de Criciúma por região de notificação. Período 2012-2016.

| Região Unidade Saúde Notificadora     | 2012     | 2013     | 2014      | 2015      | 2016      | Total      | %            |
|---------------------------------------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|------------|--------------|
| Região Centro                         | 2        | 4        | 6         | 9         | 8         | 29         | 26,9         |
| Região Rio Maina                      | 0        | 0        | 1         | 5         | 3         | 9          | 8,3          |
| Região Santa Luzia                    | 0        | 2        | 3         | 2         | 9         | 16         | 14,8         |
| Região Próspera                       | 2        | 2        | 2         | 4         | 5         | 15         | 13,9         |
| Região Boa Vista                      | 0        | 0        | 2         | 2         | 6         | 10         | 9,3          |
| Unidade de Referência em IST/HIV/Aids | 1        | 0        | 5         | 11        | 11        | 28         | 25,9         |
| Outro município                       | 0        | 0        | 0         | 1         | 0         | 1          | 0,9          |
| <b>Total</b>                          | <b>5</b> | <b>8</b> | <b>19</b> | <b>34</b> | <b>42</b> | <b>108</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: SINAN/SES/SC, 2017.

A PNAB afirma que a Atenção Básica entre seus fundamentos e diretrizes a promoção de vínculo com o usuário e a cor-responsabilização pela atenção às necessidades de saúde da população que atende (BRASIL, 2012).

A partir do que afirma a PNAB as equipes de atenção básica de Criciúma não tem seguido o fundamento da vinculação e corresponsabilidade pela saúde da população que atende.

Ao analisarmos a tabela sobre ocupação podemos perceber o grande destaque com relação as dona de casa, ficando muito o frente da segunda ocupação que é a de estudante.

**Tabela 11** – Distribuição dos casos confirmados de Sífilis adquirida em gestante no município de Criciúma por ocupação. Período 2012-2016.

| OCUPAÇÃO   | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | TOTAL | %    |
|--|------|------|------|------|------|-------|------|
| ESTUDANTE  | 1    | 0    | 0    | 4    | 2    | 7     | 6,7  |
| DONA DE CASA                                       | 3    | 8    | 13   | 19   | 30   | 73    | 70,2 |
| DESEMPREGADO                                       | 0    | 0    | 0    | 0    | 2    | 2     | 1,9  |
| PROFESSOR DA EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS          | 0    | 0    | 0    | 0    | 2    | 2     | 1,9  |
| PROFESSOR DE EDUCACAO FÍSICA DO ENSINO FUNDAMENTAL | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    | 1     | 1,0  |
| SECRETARIA EXECUTIVA                               | 0    | 0    | 0    | 1    | 0    | 1     | 1,0  |
| REPRESENTANTE COMERCIAL AUTÔNOMO                   | 0    | 0    | 0    | 1    | 0    | 1     | 1,0  |
| AUXILIAR DE CONTABILIDADE                          | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    | 1     | 1,0  |
| CAIXA DE BANCO                                     | 0    | 0    | 0    | 0    | 1    | 1     | 1,0  |
| ATENDENTE COMERCIAL (AGÊNCIA POSTAL)               | 0    | 0    | 0    | 1    | 0    | 1     | 1,0  |
| OPERADOR DE CAIXA                                  | 0    | 0    | 0    | 0    | 2    | 2     | 1,9  |
| COZINHEIRO GERAL                                   | 1    | 0    | 0    | 0    | 0    | 1     | 1,0  |
| COZINHEIRO DO SERVICO DOMESTICO                    | 0    | 0    | 0    | 1    | 1    | 2     | 1,9  |
| MANICURE   | 0    | 0    | 0    | 1    | 0    | 1     | 1,0  |
| AUXILIAR DE LAVANDERIA                             | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    | 1     | 1,0  |
| PROFISSIONAL DO SEXO                               | 0    | 0    | 1    | 0    | 0    | 1     | 1,0  |



| <b>OCUPAÇÃO</b>                    | <b>2012</b> | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> | <b>TOTAL</b> | <b>%</b>   |
|------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|------------|
| PROMOTOR DE VENDAS                 | 0           | 0           | 0           | 1           | 0           | 1            | 1,0        |
| VENDEDOR DE COMERCIO VAREJISTA     | 0           | 0           | 2           | 1           | 0           | 3            | 2,9        |
| COSTUREIRA DE PECAS SOB ENCOMENDA  | 0           | 0           | 0           | 0           | 1           | 1            | 1,0        |
| COSTURADOR DE CALCADOS, A MÁQUINA. | 0           | 0           | 0           | 1           | 0           | 1            | 1,0        |
| <b>Total</b>                       | <b>5</b>    | <b>8</b>    | <b>19</b>   | <b>31</b>   | <b>41</b>   | <b>104</b>   | <b>100</b> |

Fonte: SINAN/SES/SC, 2017.

A categoria ocupação está relacionada ao perfil socioeconômico das gestantes notificadas com sífilis. Em nosso município 70,2% das mulheres estão vinculadas aos serviços domésticos, porém não se pode afirmar diante disso que as mesmas não tenham outra fonte de renda informal, não podendo ser notificada.

Um estudo realizado em um hospital de ensino, no período 2007-2012 nos traz dados bem semelhantes ao município de Criciúma onde diz que: “Observa-se que o maior percentual é de mulheres que afirmam ter ocupação relacionada ao trabalho doméstico (69,12%). Outras ocupações que aparecem em menor escala são estudantes (8,26%) e autônomas (2,29%)” (COUTINHO; CRISÓSTOMO, 2014, p.47).

Com isso, fazendo um comparativo entre os dois dados observamos que a categoria doméstica tem uma porcentagem bem próxima assim como estudando que vem logo em seguida da primeira categoria.

Com relação ao parceiro ter sido tratado ou não e os motivos, são dados apresentados na tabela 11 e 12 onde mostram que mais da metade não receberam o tratamento.

**Tabela 12** - Distribuição dos casos de parceiros tratados em gestantes com sífilis Período 2012-2016.

| <b>Ano da Notificação</b> | <b>Ign/Branco</b> | <b>SIM</b>  | <b>NÃO</b>  | <b>Total</b> |
|---------------------------|-------------------|-------------|-------------|--------------|
| <b>2012</b>               | 0                 | 1           | 4           | 5            |
| <b>2013</b>               | 1                 | 1           | 6           | 8            |
| <b>2014</b>               | 1                 | 8           | 10          | 19           |
| <b>2015</b>               | 0                 | 14          | 20          | 34           |
| <b>2016</b>               | 1                 | 16          | 25          | 42           |
| <b>Total</b>              | <b>3</b>          | <b>40</b>   | <b>65</b>   | <b>108</b>   |
| <b>%</b>                  | <b>2,8</b>        | <b>37,0</b> | <b>60,2</b> | <b>100,0</b> |

Fonte: SINAN/SES/SC, 2017.

**Tabela 13** - Distribuição por motivos de não tratamento dos parceiros de gestante com sífilis no Período 2012-2016.

| <b>Motivo</b>   | <b>2012</b> | <b>2013</b> | <b>2014</b> | <b>2015</b> | <b>2016</b> | <b>Tota</b> | <b>%</b> |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|
| <b>Ign/Branco</b>   | 3           | 1           | 8           | 3           | 2           | 17          | 15,5     |
| <b>Parceiro não teve mais contato com a gestante</b>              | 0           | 2           | 4           | 3           | 8           | 17          | 15,5     |
| <b>Parceiro não foi convocado a US para tratamento</b>            | 1           | 0           | 1           | 0           | 3           | 5           | 4,5      |
| <b>Parceiro foi convocado a US para tratamento não compareceu</b> | 0           | 2           | 1           | 3           | 3           | 9           | 8,2      |
| <b>Parceiro foi convocado a US para tratamento, mas recusou</b>   | 0           | 0           | 2           | 1           | 1           | 4           | 3,6      |

| Motivo                          | 2012     | 2013     | 2014      | 2015      | 2016      | Total      | %          |
|---------------------------------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|
| Parceiro com sorologia reagente | 1        | 1        | 1         | 8         | 3         | 14         | 12,7       |
| Outro motivo:                   | 0        | 2        | 2         | 16        | 24        | 44         | 40,0       |
| <b>Total</b>                    | <b>5</b> | <b>8</b> | <b>19</b> | <b>34</b> | <b>44</b> | <b>110</b> | <b>100</b> |

Fonte: SINAN/SES/SC, 2017.

O fator que refere ao não tratamento do parceiro da gestante com sífilis pode ser amplo, podendo ser levado em consideração o fato de o parceiro não está mais com a gestante ou até mesmo pela falta de instrução e conhecimento da doença ao mesmo.

Um estudo realizado com enfermeiros na cidade de Sobral no Ceará mostra estratégias realizadas para incentivar a adesão ao tratamento dos parceiros sexuais, porém apontam à falta de sucesso devido desconhecimento da doença, a baixa escolaridade, fator sócio econômico e comportamento de riscos. (VASCONCELOS, 2016).

Com isso mostrou que os enfermeiros têm percepção no que interfere no tratamento, porém precisam de um melhor embasamento científico e prático para realizar maneiras mais eficazes de abordar os parceiros das gestantes.

Isso mostra o empenho dos enfermeiros com relação a busca ativa para que aconteça a melhor adesão ao tratamento.

Em todos os anos apresentados (2012 a 2016) a sífilis primária que se mantém na classificação clínica, conforme tabela 13.

**Tabela 14** - Distribuição por classificação clínica em gestantes com sífilis. Período 2012-2016.

| Ano da Notificação | Ign/Branco | Primária  | Secundária | Terciária | Latente   | Total      |
|--------------------|------------|-----------|------------|-----------|-----------|------------|
| 2012               | 0          | 5         | 0          | 0         | 0         | 5          |
| 2013               | 0          | 7         | 0          | 0         | 1         | 8          |
| 2014               | 1          | 10        | 1          | 1         | 6         | 19         |
| 2015               | 5          | 15        | 3          | 6         | 5         | 34         |
| 2016               | 3          | 21        | 2          | 2         | 14        | 42         |
| <b>Total</b>       | <b>9</b>   | <b>58</b> | <b>6</b>   | <b>9</b>  | <b>26</b> | <b>108</b> |
| %                  | 8,3        | 53,7      | 5,6        | 8,3       | 24,1      | 100,0      |

Fonte: SINAN/SES/SC, 2017.

O diagnóstico de sífilis em sua fase primária em mulheres é de difícil diagnóstico clínico, pois o cancro duro não causa sintomas e geralmente se localiza na parede da vagina.

De acordo a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015) apontam que em 2013 34,1% dos casos notificado no Brasil foram considerados como primários. O aumento gradual na notificação de casos na rede de atenção pré-natal nos últimos anos deveu-se provavelmente ao fortalecimento dos serviços de pré-natal, por meio da Rede Cegonha, o que propiciou o aumento na cobertura dos testes rápidos nas gestantes e acompanhamento dos casos levando o município de Criciúma apresenta predomínio de notificações com informação de sífilis primária.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com relação às hipóteses iniciais do estudo foi possível confirmar que há predominância de casos confirmados no sexo masculino, mesmo somando sífilis adquirida em mulheres com casos de sífilis em gestante.

Com relação à classificação clínica, foi possível verificar apenas nas gestantes que apresentaram maior incidência da sífilis primária, o que não se pensava no início do estudo.

Confirmou-se a suspeita inicial de que o parceiro da gestante não foi tratado, e foi descartada a hipótese de que maioria dos casos de sífilis em gestantes teria sido identificada no momento do parto (<10%).

Criciúma tem mostrado uma média superior no preenchimento (ficha de notificação compulsória) e alimentação das informações (SINAN) quando comparados com a média nacional e com outros estudos similares.

Criciúma nos mostra também que apresenta uma concentração das notificações no serviço de referência, o que nos faz pensar em como a atenção básica está preparada para atender público com IST, cuja maioria dos tratamentos é com medicações que se encontram no rol de medicamentos ofertados nas unidades básicas de saúde do município.

Mesmo com os indicadores da cidade acima da média nacional, Criciúma ainda não possui protocolo de enfermagem para diagnóstico e tratamento para sífilis primária, como ocorre em outras cidades como Florianópolis, onde o Cofen já liberou, protocolo este imprescindível para autonomia do enfermeiro no atendimento dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

ALVES, W. S.; OLIVEIRA, R.D. Epidemiologia da sífilis em gestante em um município de médio porte do sul de Mato Grosso do Sul. **Anais do XIV SEMEX – Semana de Extensão Universitária**, n.9, 2006. Disponível em <https://anaisonline.uems.br/index.php/semex/article/download/3202/3223>. Acesso em maio.2017.

ARAÚJO, Cinthia Locks de; DA SILVA, Robson Xavier. Monitoramento das desigualdades raciais em saúde no Brasil. IN: POPOLO, Fabiana Del; CUNHA, Estela Maria Garcia de Pinto da; RIBOTTA, Bruno; AZEVEDO, Marta (Coord.). **Pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina: dinámicas poblacionales diversas y desafíos comunes**. Serie Investigaciones. n.12 Rio de Janeiro: ALAP Editor, 2011. Disponível em: [http://www.alapop.org/alap/Serie Investigaciones/Serie12/Serie12\\_Art8.pdf](http://www.alapop.org/alap/Serie Investigaciones/Serie12/Serie12_Art8.pdf). Acesso em maio.2017.

AVELLEIRA, João Carlos Regazzi; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais brasileiros de dermatologia**, v.81, n.2, p.111-126, 2006.

BOFF, Jessica Aparecida; DALLACOSTA, Fabiana Meneghetti. Notificações de AIDS/Hiv: Uma Análise em um município de Santa Catarina. **Jornada Integrada em Biologia**, p. 59-66, 2016.

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids. **Sífilis: Estratégias para Diagnóstico no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p. il. (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Informações de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/boletim-epidemiologico>. Acesso em: 18 dez. 2016.

\_\_\_\_\_. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-d>. Acesso em: 11 maio 2017.

COUTINHO, Rosaete Landim de Castro. **Sífilis congênita: panorama do agravo em um hospital de ensino**. 2014. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8996/1/2014\\_dis\\_rlcccoutinho.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/8996/1/2014_dis_rlcccoutinho.pdf). Acesso em maio.2017.

LAGUARDIA, Josué. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.197-234, 2004.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

NASPOLINI FILHO, Archimedes. **Criciúma, orgulho de cidade!!** Fragmentos da história de seus 120 anos. Criciúma: Editora do Autor, 2000.

PENA, Sérgio D. J. Razões para banir o conceito de raça da medicina brasileira. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.321-346, Ago. 2005. Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702005000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200006&lng=en&nrm=iso). Acesso em mai.2017.

SIQUEIRA, Mauro Luiz Barbosa *et al.* Prevalência da infecção pelo *Treponema pallidum* em gestantes atendidas pela Unidade Municipal de Saúde de Rondonópolis, MT. **Biodiversidade**, v.16, n.1, 2017. Disponível em: <http://periodicos.cientificos.ufmt.br/ojs/index.php/biodiversidade/article/view/4985>. Acesso em mai.2017.

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa *et al.* Sífilis na gestação: estratégias e desafios dos enfermeiros da atenção básica para o tratamento simultâneo do casal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, p. 85-92, 2017.

**A CRIANÇA COM TRANSTORNO GLOBAL DO DESENVOLVIMENTO-AUTISMO: A  
ATUAÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE UMA INSTITUIÇÃO  
ESPECIALIZADA**

*THE CHILD WITH GLOBAL DEVELOPMENT DISORDER-AUTISM: THE ACTIVITIES OF  
THE MULTIDISCIPLINARY TEAM IN A SPECIALIZED INSTITUTION*

Beatriz Cardoso Vieira<sup>1</sup>  
Izabel Scarabelot Medeiros<sup>2</sup>  
Sonia Maria Correa<sup>3</sup>  
Ana Regina da Silva Losso<sup>4</sup>

Recebido em: 05 jul. 2017  
Aceito em: 06 jun. 2018

**RESUMO:** O estudo é uma análise da assistência da equipe multiprofissional que atua em uma instituição especializada com crianças com Transtorno Global do Desenvolvimento: Autismo. O autismo é considerado uma alteração em que a criança desenvolve dificuldades de comunicação, apresenta comportamentos repetitivos e dificilmente estabelece relações sociais, o que se caracteriza como um desafio para equipe. Ainda são poucas bibliografias atualizadas sobre a atuação dos profissionais frente ao autismo infantil, ou sobre autismo, obtendo-se a grande maioria das bibliografias da década de 90. Portanto está realidade resultou no interesse de investigar mais sobre o assunto com o desejo de aprofundar os conhecimentos frente à assistência para criança com autismo, buscando formas e meios para auxiliar a assistência prestada pela equipe multiprofissional, e também com o objetivo de identificar a atuação da equipe multiprofissional frente ao autismo infantil. É um estudo de abordagem qualitativa, baseado em análise de dados, levantada e obtida através de uma entrevista semiestruturada com 10 profissionais que atuam em uma instituição de ensino para crianças com autismo de um município do Extremo Sul Catarinense. A análise de dados foi realizada a partir da análise de conteúdo, categorização dos dados, ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados. Tendo como resultado a atuação da equipe multiprofissional em exercer intervenções que auxiliam o portador de autismo a reduzir a incidência de comportamentos inadequados, essas intervenções são realizadas através de métodos para alcançar os objetivos de ensino aprendizagem, auxiliar na interação social e estimular as limitações que as crianças autistas possuem.

**Palavras-chave:** Autismo infantil. Transtorno Global do desenvolvimento. Equipe multiprofissional.

**ABSTRACT:** The study is an analysis of the assistance of the multidisciplinary team in a specialized institution with Global Developmental Disorder children: Autism.

<sup>1</sup> Enfermeira. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC - Brasil. UNESC. E-mail: [beatrizcardosovieira06@hotmail.com](mailto:beatrizcardosovieira06@hotmail.com).

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Educação. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC - Brasil. UNESC. E-mail: [ism@unesc.net](mailto:ism@unesc.net).

<sup>3</sup> Enfermeira. Especialização em Saúde Mental. Ciências da Saúde. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC - Brasil. UNESC. E-mail: [soncorrea@yahoo.com.br](mailto:soncorrea@yahoo.com.br).

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC - Brasil. UNESC. E-mail: [analosso@unesc.net](mailto:analosso@unesc.net).

Autism is considered a change in which the child develops communication difficulties, repetitive behaviors and features hardly establishes social relations, what is characterized as a challenge for the team. Yet few bibliographies updated about the activities of professionals facing the infantile autism or autism, with the vast majority of the bibliographies of the 90. Porting's reality resulted in the interest of investigating more about this with the desire to deepen the knowledge forward to assistance for children with autism, seeking ways and means to assist the assistance provided by the multidisciplinary team, and also to identify the activities of the multidisciplinary team in front of the infantile autism. Is a qualitative study, based on data analysis, lifted and obtained through a semi-structured interview with 10 professionals working in an educational institution for children with autism to a city in the extreme south of Santa Catarina. The analysis data were collected from content analysis, categorization of data, sorting, grading and final analysis of the data searched. Resulting in the multidisciplinary team in exercise interventions that assist the bearer of autism to reduce the incidence of inappropriate behaviors, these interventions are performed through methods to achieve the goals of teaching and learning, assist in social interaction and stimulate the limitations that autistic children have.

**Keywords:** Infantile autism. Global development disorder. Multidisciplinary team.

## INTRODUÇÃO

O autismo infantil está dentro de um grupo de transtorno que é chamado de Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD). A nomenclatura é utilizada pela CID-10, sendo uma síndrome comportamental com diferentes causas em que o processo de desenvolvimento infantil encontra-se distorcido. Essas alterações são constatadas quando há atraso em relação ao esperado para uma determinada idade ou estágio de desenvolvimento da criança (APA, 2014).

Camargos (2005) cita uma série de outras características específicas nas crianças com autismo como o medo, fobia, distúrbios de sono e alimentação. E reforça também que se a criança possui retardo mental grave associado é muito comum apresentar autoagressão.

Até o momento, não há evidências de que o ambiente ou causas psicológicas estejam associados à causa exata deste transtorno (ALVES; LISBOA; LISBOA, 2010).

Optou-se pelo tema devido ao contato que já pude ter com uma criança autista que cuidava, e o comportamento desta criança me instigou em desde sempre saber que meu trabalho final de curso seria sobre autismo, e este se consolidou também devido ao crescente número de crianças autistas, fazendo necessário conhecer a atuação desta equipe para garantir uma qualidade na assistência prestada.

O profissional necessita de embasamento teórico para estar preparado e apto a ajudar e esclarecer dúvidas para a família e para reconhecer sintomas e comportamentos, favorecendo a realização de um tratamento adequado, o que leva a amenizar as dificuldades e desenvolver as habilidades na criança com diagnóstico de TGD: autismo, garantindo e incentivando o tratamento, acompanhamento e o seu bem estar da criança.

Contudo, há uma escassez bibliográfica de informações referentes à assistência as crianças portadoras de autismo, afetando consideravelmente os profissionais, sendo poucos os estudos encontrados a respeito (CARNIEL; SALDANHA; FENSTERSEIFER, 2010). Apesar de estarmos na era da informação, uma dificuldade encontrada na construção deste trabalho foi a respeito de encontrar referências encontradas a respeito do autismo a grande maioria é da década de 90, sendo não atualizadas.

O relacionamento interpessoal com crianças autistas pode ser complicado, dependendo do grau do transtorno comportamental apresentado pela criança. Por isso, para atender o portador faz-se necessário uma equipe multiprofissional que tenha embasamento teórico, para assim, prestar uma assistência adequada. A equipe é capaz de desenvolver um importante papel na promoção do autocuidado, tendo como função modificar o ambiente para aprendizagem e gerar comportamentos mais independentes, promovendo uma melhora no desenvolvimento e evolução da criança com autismo.

Nesta perspectiva este estudo teve por objetivo identificar qual o papel da equipe multiprofissional na assistência prestada às crianças com autismo em uma instituição especializada de um município do Extremo Sul Catarinense.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa, tendo como classificação a pesquisa descritiva. Na pesquisa qualitativa tenta-se “compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e outras emoções, sentimentos e desejos, assim como na perspectiva do próprio pesquisador” (LEOPARDI, 2002, p.119).

Segundo Creswell (2007), a pesquisa qualitativa busca informações essenciais para um estudo de dados coletados que levará a uma conclusão. É considerada como uma metodologia que inclui um olhar mais abrangente que a pesquisa quantitativa e oportuniza ao pesquisador um conhecimento mais profundo de um fenômeno, proporcionando um alto grau de detalhes esclarecedores.

Segundo Minayo (2011, p. 21):

a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Para Goldenberg (2004), a pesquisa qualitativa se preocupa com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma trajetória etc.

Opta-se em utilizar os métodos qualitativos para tentar explicar o porquê das coisas, explanando o que convém ser feito, sem quantificar os valores. O desenvolvimento

da pesquisa é imprevisível e o conhecimento do pesquisador é imparcial. O objetivo da amostra é de produzir informações aprofundadas capazes de produzir novas informações (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESCO pelo Projeto nº 64699517.8.0000.0119; iniciou-se a coleta de dados. Realizou-se a entrevista semiestruturada com os 10 dos profissionais da Associação de Amigos do Autista (AMA). A realização da pesquisa se deu através das seguintes categorias de análise:

**Categoria 1** – Intervenções, procedimentos realizados e preparação dos profissionais.

**Categoria 2** – Atividades realizadas em conjunto com outros profissionais.

**Categoria 3** – Métodos e educação.

**Categoria 4** – Intercorrência clínica.

**Categoria 5** – Dificuldades e facilidades na assistência prestada.

**Categoria 6** – Integração social.

Com o intuito de manter o sigilo das entrevistas realizadas, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Res. 510/16 que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se a letra “E” para os Entrevistados, seguindo a ordem crescente de E1 a E 10.

## CATEGORIZAÇÃO DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

Conforme se vê no quadro 1, dentre os entrevistados, apenas 2 são do sexo masculino, sendo 9 mulheres participantes. A faixa etária dos entrevistados é entre 30 e 60 anos. Em relação ao tempo de serviço na instituição, o entrevistado com menos tempo de casa tem 4 meses de atuação e o que está há mais tempo na instituição, possui 9 anos de empresa.

**Quadro 1** – Perfil dos entrevistados

| Identificação | Idade   | Sexo | Área de atuação | Tempo de serviço na instituição |
|---------------|---------|------|-----------------|---------------------------------|
| E 1           | 60 anos | F    | Educação        | 9 anos                          |
| E 2           | 32 anos | F    | Educação        | 4 anos                          |
| E 3           | 32 anos | F    | Saúde           | 9 meses                         |
| E 4           | 38 anos | M    | Saúde           | 4 meses                         |
| E 5           | 51 anos | F    | Educação        | 5 meses                         |
| E 6           | 30 anos | F    | Saúde           | 1 ano e 2 meses                 |
| E 7           | 40 anos | F    | Educação        | 2 anos                          |
| E 8           | 40 anos | F    | Educação        | 1 ano                           |
| E 9           | 59 anos | M    | Educação        | 4 anos                          |



---

| Identificação | Idade   | Sexo | Área de atuação | Tempo de serviço na instituição |
|---------------|---------|------|-----------------|---------------------------------|
| E 10          | 32 anos | F    | Saúde           | 8 anos                          |

---

Fonte: Elaborado pela autora, 2017.

## ENTREVISTA

Para a realização da categorização, foram separados os questionamentos de acordo com os temas relacionados. E as respostas dos entrevistados que se assemelhavam, foram unificadas.

### **Categoria 1 – Intervenções, procedimentos realizados e preparação dos profissionais**

Esta categoria é composta por dois questionamentos:

Descreva quais intervenções e procedimentos específicos da sua profissão? e Você se sente preparado para atuar com crianças autistas?

Como resposta da primeira pergunta, os profissionais desenvolvem atividades parecidas. Os entrevistados E3, E4, E8 e E10 responderam que, de modo geral, utilizam métodos como: atividades de vida diária (ADVs), integração sensorial, percepto-cognitivas, e psicomotricidade, interações entre os alunos e trabalham com linguagens verbais e alternativas. Conforme se observa nas respostas a seguir:

**E3:** “Trabalho as intervenções através do método da escola o TEACH, com figuras abstratas para mostrar a realidade ao aluno, também utilizo o método PECS onde seria a comunicação alternativa através da linguagem de sinais e a comunicativa. Através desses métodos estímulo à linguagem oral, a linguagem escrita, a motricidade oral. Trabalho também bastante em cima da frustração da criança, pois eles se frustram com muita facilidade. Gosto de trabalhar com a criança individualmente, cada aluno participa uma vez na semana da consulta tendo duração de 30 minutos para poder abranger toda demanda de alunos”.

**E8:** “Trabalho em especial sobre as intervenções de reorganizar as questões neurais que a tríade do autismo proporciona: Dificuldade de interação, linguagem e padrões restritos e repetitivos; por isso as atividades que desenvolvo são todas voltadas para a funcionalidade da criança”.

As crianças diagnosticadas com TGD: autismo, apresentam muita dificuldade para realizar as AVDs, por isso, essas atividades são desenvolvidas com os alunos para aumentar a autonomia, como: lavar as mãos, alimentar-se, escovar os dentes, usar o banheiro, tomar banho, vestir-se etc. (AOTA, 2008). Essas atividades são realizadas diariamente com funções de autocuidado, mobilidade e higiene pessoal, contribuindo para aprimorar seu relacionamento social e diminuir a dependência, buscando maior grau de autonomia possível. Então, através do método TEACCH, as AVDs são desenvolvidas, com materiais que mostram figuras lúdicas sobre a ação, o que serve de demonstração para que a criança compreenda e possa treinar, gradualmente, passo a passo de cada uma dessas atividades. Por isso, as AVDs devem ser vistas como indispensável na intervenção para com o aluno, pois permite verificar não só o estado de comprometimento funcional da

criança, mas também sua necessidade de auxílio e assistência na realização das tarefas. O conceito elaborado pela *American Occupational Therapy Association* – AOTA (2008) tem sido o mais utilizado na literatura, relacionado claramente as AVDs ao cuidado com o próprio corpo.

Os entrevistados E6, E7 e E9 também utilizam as AVDs, porém, o E7 e E9 trabalham com pinturas e memorizações, e o E6 trabalha com administração de medicamentos e primeiros socorros, além de cuidados com a saúde.

**E7:** Ensino da arte, atividades em grupos de pintar, AVDs, tudo através do método TEACCH onde é mostrado para os alunos através de figuras para ele associarem o abstrato a realidade.

Não existe cura para o autismo e o seu tratamento não se prende a somente uma ação terapêutica. Tomé (2007) relata que alguns graus do transtorno requerem intervenção medicamentosa, visando a controlar o quadro, mas não agem diretamente nas causas da patologia, apenas controlam as desordens comportamentais, como agressividade e/ou comportamentos estereotipados, promovendo uma qualidade de vida dos usuários. São utilizadas algumas classes farmacológicas como: Inibidores seletivos da receptação de serotonina (ISRS), antipsicóticos atípicos (AAPs), estabilizadores de humor, antidepressivos e anticonvulsivantes que servem como forma de intervenção. Por isso, algumas crianças da instituição que obtém receituário médico, recebem o acompanhamento de administração dos medicamentos, realizadas por uma profissional da área da saúde, que também realiza os primeiros socorros quando necessários. Alguns dos diagnosticados com autismo podem ter crises convulsivas, às vezes acabam machucando a si próprio ou o colega devido também a crise de agressividade, outra intercorrência que é comum acontecer com os diagnosticados com autismo é o engasgamento por alimento, já que os mesmos tem dificuldade na mastigação ou de comer alimentos sólidos. Segundo Souza (2013), os primeiros socorros são procedimentos e cuidados de urgência, prestados em situações de acidentes e mal súbitos, sendo estes cuidados capazes de evitar que ocorram condições mais graves.

Como mostra na narrativa do entrevistado E7, Kishimoto (2003) afirma que as pinturas e jogos de memorizações são atividades interativas que servem para estimular a criança a criar um ambiente sociável, aumentando a independência, diminuindo o nível de ajuda, expressando suas emoções livremente através de pinturas e estimulando seu desenvolvimento cognitivo através de jogos de memorização. Essa interação pode ser utilizada como uma estratégia metodológica no ensino-aprendizagem, pois gera oportunidades de aprendizagem para o aluno (CAIXETA, 2012).

Já os entrevistados E1, E2 e E5 relatam que utilizam métodos lúdicos e trabalham a parte comportamental.

**E5:** As atividades são diferenciadas de forma lúdica, para que o educando tenha melhor compreensão do mundo real, trabalhamos com a parte comportamental, autorregulação, AVDs, e pedagógicos.

Trabalhar a parte comportamental da criança autista é de suma importância, pois é voltada para a resolução de problemas do aluno. Conforme Silves (2007), a terapia comportamental entende que o aluno é único, e seus problemas são devido à síndrome do autismo. O levantamento criterioso das variáveis que estejam relacionados aos comportamentos desejáveis e indesejáveis do aluno deve ser elencado, para assim propor estratégias eficazes no alcance do bem estar e aumentar a frequência de comportamentos adequados da criança autista. As atividades lúdicas podem ser um recurso para o treino da funcionalidade e independência da criança.

Ser funcional, é ser prático, ou seja, realizar atividades; mover-se, sendo assim devemos usar o que é mais importante para a criança; que é o brincar. (MOURA; SILVA, 2005, p. 03).

Conforme a resposta sobre o preparo para atuar com crianças autistas todos os entrevistados disseram que se sentem preparados, sendo que já trabalhavam na área os entrevistados E1, E6, E7, E8 e E10. Alguns dos profissionais da instituição que foram entrevistados são graduados na área que atuam, a exemplo do E1, E3, E9 e E10, e alguns se mantêm atualizados através da semana pedagógica, conforme é o caso do entrevistado E2.

Com base na afirmação, destaca-se a importância de se obter conhecimento sobre a área que atuamos. Estudar, se aprimorar, torna o profissional cada vez mais capaz, sendo um processo que busca proporcionar ao indivíduo a aquisição de conhecimentos, para que atinja uma excelente capacidade profissional e desenvolvimento pessoal, resultando em boas ações, pois o mesmo saberá lidar melhor com os desafios que surgirá em seu campo de trabalho. Segundo Bastos (2006), não há dúvida de que educação e trabalho são conceitos inter-relacionados e a qualificação profissional é muito importante para o êxito, à capacitação profissional está diretamente relacionada com a formação acadêmica com qualidade.

## **Categoria 2 – Atividades realizadas em conjunto com outros profissionais**

Os profissionais foram questionados sobre quais as atividades eles desenvolvem junto a outros profissionais. Os Entrevistados E6 e E10, por atuarem na área da saúde, trabalham orientando os demais profissionais sobre educação em saúde. Os entrevistados E2 e E5 falaram sobre o trabalho de autorregulação que desenvolvem junto ao Terapeuta Ocupacional (T.O). Além disso, o E2 mencionou que:

Trabalhamos com o T.O sobre a auto regulação e a integração sensorial. Com o profissional de Ed. Física trabalhamos a psicomotricidade, com o profissional de fonoaudiologia trabalhamos bastante a parte da mastigação, e com o profissional de enfermagem trabalhamos sempre sobre as orientações mais importantes do momento que precisamos dialogar.

Os entrevistados E3 e E9 também mencionaram o trabalho comportamental que desenvolvem junto aos demais profissionais. Os entrevistados E1, E4, E7 e E8 comentaram sobre as atividades de funcionalidade ou AVDs.

O termo “multiprofissional” nomeia um conjunto de práticas geralmente associadas ao conceito de interdisciplinaridade. Vasconcelos (2002) define a interdisciplinaridade como uma estrutura contínua que tende a restringir as relações de poder entre as distintas disciplinas, prevalecendo à reciprocidade e o enriquecimento mútuo. Esta relação para com autistas é de fundamental importância, pois é preciso somar saberes para dar respostas efetivas nas intervenções aos alunos, a troca real de conhecimentos e uma integração mais profunda na realização de ações, faz o serviço caminhar na direção da integralidade e bons resultados no plano terapêutico. Para Araújo e Rocha (2006), a ação multiprofissional pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos.

Tornando necessária a presença de uma equipe multiprofissional, em instituições que prestam atendimento aos portadores de autismo, relacionando seus conhecimentos para aprofundar a compreensão do caso e desenvolver a intervenção adequada. “Avaliar uma criança autista requer o contributo de uma equipe interdisciplinar experiente, uma vez que existe um atraso em múltiplas áreas do desenvolvimento” (PEREIRA; SERRA, 2005, p. 38 *apud* MATEUS, 2015).

#### **Categoria 4 – Autocuidado e educação em saúde**

Para desenvolver esta categoria, foram realizados dois questionamentos aos profissionais: Como você estimula o autocuidado das crianças? Quais os métodos? e É realizado educação em saúde?

Ao responderem a primeira pergunta, todos os entrevistados afirmaram que estimulam o autocuidado das crianças através das AVDs, utilizando os métodos TEACCH.

A promoção da saúde deve começar a partir da escola e, como citado anteriormente, as AVDs são atividades para aumentar a autonomia, como: lavar as mãos alimentar-se, escovar os dentes, usar o banheiro, tomar banho, vestir-se etc. Essas atividades são, por si só, o autocuidado, sendo um conjunto de atividades aprendidas para manter a vida, saúde e bem estar, essas intervenções aplicadas as crianças com autismo aumentará a capacidade da criança para desenvolvê-las. O conceito de autocuidado surge com destaque, na enfermagem, a partir dos trabalhos realizados por Florence Nightingale, que já em sua época priorizava que o paciente poderia realizar seus próprios cuidados de saúde, pois ela afirmava que se o mesmo tivesse condições de praticá-los, então, deveria realizar, pois iria trazer somente benefícios para ele (NIGHTINGALE, 1989). Diante do exposto, ressalta-se a importância de aplicar o autocuidado nas instituições com crianças portadoras de autismo, pois isto irá aprimorar o desempenho e gerar, dentro da realidade da criança, maior independência possível. Essas atividades são desenvolvidas através do método TEACCH, que em português significa Tratamento e educação para autistas e crianças com déficits relacionados com a comunicação, este método é demonstrado através de rotinas com figuras lúdicas para as crianças, pois possibilita a sequência das atividades, com objetivo de adaptar o ambiente para facilitar a compreensão da criança.

---

Fernandes (2010) ressalta que muitas pessoas portadoras de autismo estão se beneficiando quando tratadas por este método, pois aprendem a trabalhar as atividades com organização e entendimento.

Ao responderem a segunda pergunta, os entrevistados E2, E3, E4, E5, E6, E7 e E9, disseram que realizam educação em saúde.

**E3:** Sim, através da prevenção, como a motricidade oral referente a mastigação e a escovação, sobre a questão auditiva, onde é abordado as hastes flexíveis (cotonetes) para a limpeza. Também sempre procuro estar abordando algum tema com os professores e quando possível através de reuniões com os pais para a conscientização de algum tema importante, como a retirada da mamadeira tardia que acaba prejudicando a dentição e a linguagem.

**E6:** Educação em saúde é realizado somente quando há solicitação dos professores, através de orientações quanto o solicitante obtém alguma dúvida, também é realizado com os profissionais uma semana ao ano, a semana pedagógica onde é ofertado capacitações sobre alguns temas.

O entrevistado E10 disse que realiza a educação em saúde apenas nas crianças com autismo de grau leve. Nos casos de autismo moderado ou severo, a educação em saúde é realizada junto à família. Apenas o E8 disse não realizar esse processo.

O padrão de comportamento autístico apresenta déficits em aspectos do funcionamento diário, entretanto isso pode ser transformado em uma ferramenta para criar possibilidade de aprendizagem, como o ensinamento de atividades de educação em saúde, que é compreendida como transmissão de informações em saúde, e está presente a todo o momento na vida do ser humano. Kwamoto (1995) afirma que as ações educativas em saúde são definidas como um processo que objetiva capacitar indivíduos ou grupos para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde. Quando essas ações em saúde forem passadas aos alunos de forma eficaz, a criança terá confiança em realizar as atividades e oportunidades para estimular a aquisição de novos conhecimentos.

### **Categoria 5 – Intercorrência clínica**

Esta categoria foi desenvolvida através das respostas de 3 perguntas: Qual a sua capacitação para atuar nas possíveis intercorrências clínicas dos alunos?; Em uma intercorrência clínica como esta é resolvida? e Quais as principais dificuldades vivenciadas por você no atendimento às possíveis intercorrências clínicas dos alunos?

Os entrevistados E1, E2, E5, E7, E8 e E9 afirmaram que a única capacitação que possuem é a orientação que recebem do profissional da área da saúde.

**E1:** Tenho somente orientações sobre como agir em alguns momentos, ex: em crise de epilepsia sabemos que temos que lateralizar a cabeça e cuidar para não se machucarem. Chamamos a enfermeira o mais rápido possível para ela intervir.

Já os entrevistados E3, E4, E6, e E10 possuem capacitação mais especializada como cursos de graduação e especialização.

Estes profissionais devem estar preparados para o enfrentamento de

intercorrências clínica, necessitando, para isso, conhecimento científico, dentro das possibilidades que possam ocorrer com crianças portadoras de autismo, já que no momento da intercorrência, terá que prestar ações imediatas para tentar amenizar até o profissional da área da saúde, capacitado, chegar e exercer sua função, por isso, o profissional precisa se conscientizar das suas limitações e buscar formas de suprir suas necessidades para poder prestar atendimento quando for necessário, e então ter competência para realizar. Zarifian (2003) relata que competência é o agir e assumir a responsabilidade sobre os problemas e eventos que enfrenta em situações profissionais. Por isso, Carvalho (2008) afirma a importância de todos os funcionários da escola terem um curso de suporte básico de vida, para saber agir diante das situações de riscos.

Sobre a ação dos profissionais em uma intercorrência clínica os profissionais responderam da seguinte forma: E1, E5, E7, E8, E9 e E10 disseram que solicitam a presença de um profissional da área da saúde, conforme a resposta a seguir:

**E9:** Solicitamos a presença da profissional de saúde para melhor atendê-lo, enquanto ficamos no aguardo procuramos ajudar de maneira no que for de nosso alcance.

Já os profissionais E2 e E3 disseram que prestam os primeiros socorros, e o E6, por ser profissional da área da saúde, disse que:

**E6:** Quando a intercorrência é sobre machucados, dores, intercorrências que consigo ir os professores me ligam e solicitam atendimento, e então eu vou até o local e realizo os procedimentos necessários, porém quando a intercorrência tem que ser de imediato, os professores já orientados de como devem agir, dão suporte até eu chegar ao local, e quando necessário chamo os bombeiros ou SAMU.

É de extrema importância o treinamento e aperfeiçoamento de todos os profissionais quanto às práticas de primeiros socorros, sendo este um ambiente onde se tornam responsáveis pelos alunos no período em que se encontram na escola. Os primeiros socorros, de acordo com Brasil (2003), podem ser definidos como os cuidados imediatos a serem prestados rapidamente a uma vítima de acidentes ou mal súbitos. E para que possa prestar um socorro de emergência correto, é necessário que se dominem as técnicas de primeiros socorros. Mas Oliveira (1999) ressalta que se o profissional for incapaz de prestar os primeiros socorros, não deve tentar fazê-los, porque pode agravar as lesões e o estado de saúde da vítima, devendo, então, solicitar os serviços de ambulâncias.

Sobre as dificuldades vivenciadas no atendimento as intercorrências clínicas, os entrevistados E1 e E2 relataram que a maior dificuldade é o receio de não conseguirem ajudar o aluno em tempo, e que isto cause agitação no restante dos alunos. Já os entrevistados E4, E6 e E10 afirmaram que a maior dificuldade é a falta de materiais e de recursos, conforme se pode observar na seguinte resposta:

**E6:** A falta de materiais adequados e a estrutura física, porque por serem em três blocos distintos muitas das vezes não consigo chegar rápido para uma intercorrência, devendo estar ser solucionado pelo professor.

Já o entrevistado E9 afirmou que a maior dificuldade é a falta de conhecimento

sobre o assunto, pois, segundo o mesmo, é uma ação que foge da sua área de atuação. Os entrevistados E3, E5, E7 e E8 não presenciaram, até o momento, nenhuma intercorrência clínica.

De acordo com Knobel (2006), diante de uma intercorrência clínica a pessoa deve ser útil, contudo, se não sabe como agir, não prejudique, peça ajuda a outras pessoas que se demonstrem mais cientes do assunto.

### **Categoria 5 – Dificuldades e facilidades na assistência prestada**

Os profissionais da instituição foram questionados sobre quais as dificuldades que enfrentam na assistência prestada as crianças autistas? E quais as facilidades? Sobre as dificuldades, foram elencadas, por 8 entrevistados, o espaço físico, conforme o entrevistado a seguir:

**E1:** Nas dificuldades relato sobre o espaço físico, porque trabalhamos em três lugares no mesmo quarteirão, são próximos, porém facilitaria se trabalhássemos somente em um prédio.

Também foi citada a falta de materiais, a pouca participação da família na escola e a falta de inclusão das crianças em escolas regulares nos períodos que não estão na instituição.

**E2:** A pouca participação de alguns pais dificulta a continuidade das nossas intervenções prestadas em sala de aula, outra dificuldade é quando o aluno em outro período estuda em escola regular e lá não acontece a inclusão, o que acaba prejudicando no retorno desse aluno para a nossa sala de aula e participação das atividades.

A função da escola é propiciar aos alunos a construção de aprendizagem significativa, e de inclusão e, para isso, é necessário à presença de um mediador para garantir a inclusão e a aprendizagem de alunos especiais. Partindo disso, a escola deve oportunizar estratégias que auxiliem o aluno no desenvolvimento dos conteúdos e interação a outras atividades, mas é notável que a inclusão de crianças autistas em escolas regulares ainda não abrange todas as instituições de ensino. Em 2008, foi publicada a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusa, que preconiza o acesso, a participação e a aprendizagem dos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades, nas escolas regulares (BRASIL, 2008). Este desafio torna-se mais complexo porque a criança autista não consegue unificar o mundo percebido como um todo, e sim o mundo em pedaços, e é através disso que podemos perceber a necessidade de uniformidade e rotinas, para que aconteça uma aprendizagem eficaz, porém, quando essas rotinas são quebradas, isso acarreta de forma considerável no equilíbrio e processo de aprendizagem da criança.

Eles experimentam uma necessidade de imutabilidade que se manifesta por uma resistência marcada à mínima mudança no ambiente habitual do autista. A menor modificação, o deslocamento de um móvel, por exemplo, ou a mudança de uma rotina regularmente repetida no dia da criança pode provocar reações explosivas. Mas é difícil prever quais alterações particulares do ambiente vão produzir tais reações (LEBOYER, 1995, p.18).

Sendo assim, as crianças autistas podem frequentar escola regular. Porém, nelas ainda existem muitas carências, fazendo com que surja à necessidade de procurar outra instituição que ofereça ensino especial para esta criança, pois a educação é umas das maiores ferramentas para o desenvolvimento de uma criança autista, desde que a ocorra continuidade do ensino para não gerar distúrbios no comportamento.

A rotina diária estruturada oferece uma previsibilidade de acontecimentos, que permite situar a criança no espaço e no tempo, onde a organização de todo contexto se torna uma referência para a sua segurança interna, diminuindo assim os níveis de angústia, ansiedade, frustração e distúrbios do comportamento (BEREOHFF, 1993, p. 15).

Portanto, cabe aos pais estar atentos a forma que a escola conduz o processo de inclusão de seus filhos, observar, opinar, conversar e sugerir ações que possam contribuir. Ser parceiro da escola é essencial.

Sobre as facilidades, os entrevistados elencaram a interação da equipe, a preparação técnica dos profissionais, o planejamento administrativo e o otimismo dos profissionais que acreditam no potencial de cada aluno.

**E9:** As facilidades na assistência seriam sobre a convivência faz com que conheçamos cada vez melhor o aluno que estamos desenvolvendo as atividades.

A gestão participativa é um meio que possibilita o envolvimento dos profissionais na troca de opiniões, favorecendo o despertar de diálogos, e os motiva para continuar suas ações. Dessa maneira, como consequência positiva acarreta a boa interação da equipe, tonando um ambiente de trabalho agradável para se desenvolver a prática, pois a plena satisfação dos funcionários está ancorada sobre a boa interação entre a equipe e gestão.

A gestão democrática exige a compreensão em profundidade dos problemas postos pela prática pedagógica. Ela visa romper com a separação entre concepção e execução, entre o pensar e o fazer, ente a teoria e a prática. Busca resgatar o controle do processo e do produto do trabalho pelos educadores (VEIGA, 1997, p. 18).

## **Categoria 7 – Integração Social das crianças autistas**

Esta categoria foi estudada conforme a resposta de 2 questionamentos: Como ocorre a estimulação para a integração social? e De que forma você favorece o vínculo da família com a criança?

Os profissionais relataram, de modo geral, que a estimulação da integração social se dá através de jogos e atividades em grupos, brincadeiras, passeios, visita a lugares comuns a sociedade, além de trabalharem o lúdico.

As atividades desenvolvidas buscam ensinar as crianças a estabelecer relações com os outros e a tornarem-se mais sociáveis, proporcionando hábitos coletivos, e tornando uma estratégia eficaz, pois o campo de interação social abrange comportamentos que vão desde um simples aperto de mão, o que é correto ou não correto, e até comportamentos mais elaborados, mas tudo depende do grau de perturbação que a criança autista obtém. De acordo com Schwartzmann (2003), os objetivos das intervenções educacionais



dependerão, em grande medida, do grau de comprometimento presente. Nos pacientes com prejuízos cognitivos importantes, os esforços deverão se dirigir, de forma mais específica, para a tentativa de aumentar a comunicação e as interações sociais, para a redução das alterações comportamentais (estereotípias, hiperatividade etc.), para a maximização do aprendizado, e para a independência nas atividades de vida diária.

Segundo Borsa (2007), um dos objetivos mais importantes da socialização é a aprendizagem do que é correto ou se julga incorreto no meio no qual vivem as crianças, sendo a compreensão das regras morais que regem a sociedade na qual vivem. O estímulo das brincadeiras, jogos, atividades lúdicas, facilitam as relações sociais entre as crianças, aprendendo as regras, criando afetividade e vínculos de amizade.

Os profissionais E1, E2, E3, E7, E8 e E9 relataram que favorecem o vínculo da criança com a família através de recados na agenda.

**E3:** Gosto de saber como os pais estão agindo com as crianças, e sempre pontuo os pontos negativos e reforço os pontos positivos, isso ocorre através da agenda que o aluno leva para casa, ligações quando necessários, e atividades de estimulação ofertadas nas reuniões de pais.

Os entrevistados E4, E5, E6 e E10 afirmaram manter contato com os pais através de ligações e de visita dos mesmos na instituição.

**E6:** Sempre mantemos contato por telefone para saber sobre a continuidade do trabalho que esta sendo ofertado dentro da escola, também realizamos reuniões dos pais, onde é desenvolvido atividades para os pais, o tema das atividades desenvolvidas é de acordo com as necessidades da turma.

O dever da família com o processo de escolaridade e a importância de sua presença no contexto escolar é reconhecido na lei de Diretrizes e Bases da Educação, que no seu artigo primeiro traz a seguinte informação:

A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisas, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais (BRASIL, 1996).

Portanto, uma boa relação entre família e a escola deve estar presente em qualquer trabalho educativo que tenha como principal alvo, o aluno. Pois, é importante que a família se envolva no processo ensino-aprendizagem, no desenvolvimento de qualquer atividade terapêutica, para dar continuidade ao processo de aprendizado da criança. Todo profissional que trabalha em cooperação com a família torna seu trabalho mais responsável, e a família recebendo orientação do profissional de como está ocorrendo às atividades, para coloca em prática em casa, podem operar diretamente e fazer imensa diferença no resultado das intervenções (MELLO, 2013). Esta interação tem que ocorrer em grande parte de forma presencial na instituição, pois a família possui papel decisivo na educação formal e informal dos filhos, e esta integração entre família e escolas tendem a deixar o aluno mais seguro e apresentar melhor desempenho nas atividades escolares. Também é importante que as escolas busquem estreitar suas relações com a família, e saibam aproveitar os benefícios desse estreitamento de relações, pois isso irá facilitar a aprendizagem da

criança.

[...] tanto a família quanto a escola desejam a mesma coisa: preparar as crianças para o mundo; no entanto a família tem suas particularidades que a diferenciam da escola, e suas necessidades que a aproximam dessa mesma instituição. A escola tem sua metodologia para educar uma criança, no entanto ela necessita da família para concretizar o seu projeto educativo (PAROLIM, 2003, p. 99).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Crianças portadoras de autismo têm dificuldades no domínio da linguagem, padrão de comportamentos repetitivos e restritivos, acarretando na incapacidade de interagir socialmente. Para ajudar esses portadores de TGD: autismo, é fundamental uma equipe multiprofissional capacitada para realizar as intervenções adequadas de acordo com o grau de comprometimento em que a criança se encontra; o tratamento adequado em todas as esferas terapêuticas é realizado através de intervenções nas áreas da psicologia, fonoaudióloga, terapia ocupacional, fisioterapia, enfermagem, nutrição e aprendizagem pedagógica em ambiente escolar, sendo utilizados métodos para auxiliar no processo de ensino.

O papel da equipe multiprofissional através das intervenções, é reduzir a incidência de comportamentos inadequados, auxiliando na interação social e estimulando as limitações que a criança autista possui. Os objetivos da pesquisa foram alcançados e os pressupostos foram confirmados, por isso, a AMA-REC/SC desenvolve um papel importante na vida dos portadores de autismo que ali são assistidos, pois promovem um ensino adequado utilizando o método TEACCH para auxiliarem em seu ensino-aprendizagem.

Através de uma entrevista semiestruturada pode-se fazer um levantamento dos perfis dos entrevistados que exercem suas funções na instituição, contendo profissionais da área da educação e da área de saúde, com tempo mínimo de 4 meses de serviço e máximo de 9 anos, esses profissionais desenvolvem intervenções aos alunos, através das AVDs, onde inclui o autocuidado, educação em saúde, e integração social; todos os profissionais possuem capacitação para exercerem suas funções, e consideram-se preparados para prestar atendimento as crianças portadoras de autismo.

A forma como se dá a comunicação e integração entre escola e pais pode ser feita de maneira mais interativa e presencial, e que a maioria dos entrevistados não possuem curso de suporte básico de vida, para agir diante de situações de risco, já que são esses mesmos profissionais a serem os primeiros contato do aluno em uma intercorrência clínica, por isso acredito que acrescentaria muito no perfil dos profissionais se obtivessem curso de primeiro socorros para auxiliar em intercorrência clínica. Todos os profissionais utilizam o método TEACCH e PECS, que tem ajudado a criança autista a promover independência em função de suas dificuldades. E que os profissionais entrevistados destacaram como dificuldades o espaço físico já que a instituição AMA-REC obtém três blocos distintos o dificulta no atendimento.

Sendo assim, conclui-se que a equipe multiprofissional da instituição AMA-REC/SC desenvolve um trabalho enriquecedor no ensino-aprendizado, utilizando propostas metodológicas de acordo com a necessidade das crianças autistas, e intervindo de forma positiva para o aprendizado, e para a independência social e nas atividades de vida diárias dos alunos.

Este trabalho foi de fato muito enriquecedor, na medida em que deu a possibilidade de aprofundar os conhecimentos da pesquisadora em relação ao TGD: autismo. Contudo, é de interesse da mesma desenvolver uma futura pesquisa sobre o tema, para dar continuidade a esta e aprofundar-se ainda mais sobre o assunto.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual Diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais**: DSM-V. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ALVES, M. M. C.; LISBOA, D. O.; LISBOA, D. O. **Autismo e inclusão escolar**. 2010. Disponível em: <[www.educonufs.com.br](http://www.educonufs.com.br)> Acesso em 06 dez. 2016.

BASTOS, Antonio Virgílio Bittencourt. Trabalho e qualificação: questões conceituais e desafios postos pelo cenário de reestruturação produtiva. In: BORGES-ANDRADE, Jairo E.; ABBAD, Gardênia da Silva; MOURÃO, Luciana (org.). **Treinamento, desenvolvimento e educação em organizações e trabalho**: fundamentos para a gestão de pessoas. Porto Alegre: Artmed, 2006. Disponível em: <[http://www.larpsi.com.br/media/mconnect\\_uploadfiles/c/a/cap\\_yt.pdf](http://www.larpsi.com.br/media/mconnect_uploadfiles/c/a/cap_yt.pdf)>. Acesso em: 17 jun. 2017.

CAMARGOS, Jr. et al. **Transtornos invasivos do desenvolvimento**: 3º milênio. Brasília: Corde, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2017.

BOSA, Cleonice Alves. Autismo: Intervenções Psicoeducacionais, **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 28, Supl. I, p. S47-53, 2006. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/20285>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

CAIXETA, Juliana Eugênia et al. Formação de professores de ciências: a experiência da disciplina “O Educando com Necessidades Especiais” na X semana de extensão da Universidade de Brasília. In: CONGRESSO IBEROAMERICANO DE EXTENSION UNIERSITÁRIA, 11. 2011, Santa Fé. **Mesa redonda**. Disponível em: <<https://www.unl.edu.ar/iberoextension/dvd/archivos/ponencias/mesa2/formacao-de-professores-de-c.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2017.

CARNIEL, Elenice Lorenzi; SALDANHA, Letícia Beck; FENSTERSEIFER, Lísia Maria. A atuação do enfermeiro frente à criança autista. **Revista Pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 255-260, out.-dez. 2010.

CARVALHO, Fausto Flor. **Acidentes infantis: Relatos de diretores e Professores do**

**Ensino Fundamental e Análise do Material Didático.** 2008. 103 f. Dissertação (Mestrado em Educação)-Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Filho”, Marília, 2008. Disponível em: <[http://www.marilia.unesp.br/Home/Pos-Graduacao/Educacao/Dissertacoes/carvalho\\_ff\\_me\\_mar.pdf](http://www.marilia.unesp.br/Home/Pos-Graduacao/Educacao/Dissertacoes/carvalho_ff_me_mar.pdf)>. Acesso em: 17 jun. 2017.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FERNANDES, Salomé Frederica da Silva Neto. **A adequabilidade do modelo TEACCH para a promoção do desenvolvimento da criança com autismo.** 2010. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Educação especial)-Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, Porto, 2010. Disponível em: <[http://repositorio.esepf.pt/jspui/bitstream/20.500.11796/796/2/PG-EE-2010\\_SalomeFernandes.pdf](http://repositorio.esepf.pt/jspui/bitstream/20.500.11796/796/2/PG-EE-2010_SalomeFernandes.pdf)>. Acesso em: 17 jun. 2017.

KNOBEL, E. **Condutas do paciente grave.** 3. ed. São Paulo: E.P.U, 2002.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da Pesquisa na Saúde.** Santa Maria, RS: Pallotti, 2002.

KISHIMOTO, Tizuco M. **O jogo e a educação infantil.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

MELLO, Ana Maria et al. **Retratos do autismo no Brasil.** São Paulo: AMA, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre enfermagem.** Tradução por Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.

OLIVEIRA, N. **Fundamentos do socorro pré- hospitalar.** Chapecó: Grifos, 1999.

PAROLIM, Isabel. **As dificuldades de aprendizagem e as relações familiares.** Livro da 5ª Jornada de Educação do Norte e Nordeste. Fortaleza, 2003, p.91-99.

SCHWARTZMAN, José Salomão et.al. **Autismo Infantil.** São Paulo: Memnon, 1995.

SILVARES. E. F. M. Estudos de caso em psicologia clínica comportamental infantil. Campinas: papiros, 2000. **Psicologia Escolar e Educacional**, Campinas, v. 5, n. 1, jun. 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-85572001000100010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572001000100010)>. Acesso em: 17 jun. 2017.

TOMÉ, M.C. Educação física como auxiliar no desenvolvimento cognitivo e corporal de autistas. **Movimentos e percepção**, Espírito Santo do Pinhal, v.8, n.11, 2007.

VEIGA, I. P. A. (Org.) **Projeto Político Pedagógico – Uma Construção Possível** Campinas, SP: Papirus, 1997.

ZARIFIAN, P. **O modelo de competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas.** São Paulo: SENAC, 2003.

# INSERÇÃO DE ENFERMEIRAS OBSTÉTRICAS NO ATENDIMENTO AO PARTO:

## PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

### *INSERTION OF OBSTETRIC NURSES IN THE CARE OF THE BIRTH: PERCEPTION OF THE NURSING TEAM*

Renata Martins da Silva<sup>1</sup>  
Karen Chaves Linhares<sup>2</sup>  
Samara da Silva Guimarães<sup>3</sup>  
Maria da Glória Malta<sup>4</sup>  
Ilda Cecília Moreira da Silva<sup>5</sup>

Recebido em: 19 jul. 2017  
Aceito em: 16 jun. 2018

**RESUMO:** O objetivo do estudo foi conhecer a opinião da equipe de enfermagem de um hospital público sobre a inserção de enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal. Estudo de campo, qualitativo, onde participaram dez profissionais de enfermagem, que atuam na maternidade de um hospital do município de Volta Redonda (RJ). A análise de dados foi construída a partir do material proveniente dos questionários e permitiu uma apreensão de significados positivos atribuídos pelas participantes à inserção de enfermeiras obstétricas na sala de parto. Como resultados surgiram as seguintes categorias: Acolhimento como forma de humanização do parto; Papel da Enfermeira na Ambientação para o Parto Humanizado e Enfermeira obstétrica como referência no parto. A equipe espera que com a inserção da enfermeira obstétrica atuando na assistência, proporcione experiências de educação em saúde para equipe de enfermagem e também para as parturientes para que estas estejam conscientes de seus direitos. Conclui-se que a equipe espera que a enfermeira seja uma referência para humanização do atendimento ao parto.

**Palavras-chave:** Parto humanizado. Enfermeira obstetra. Saúde da mulher.

**ABSTRACT:** The objective of the study was to know the opinion of the nursing team of a public hospital about the insertion of obstetrical nurses in the attention to normal delivery. Field study, qualitative, where ten nursing professionals participated, who work in the maternity of a hospital in the city of Volta Redonda (RJ). The data analysis was constructed from the questionnaires' material and allowed the apprehension of positive meanings attributed by the participants to the insertion of obstetric nurses in the delivery room. As results the following categories emerged: Welcoming as a form of humanization of childbirth; Role of the Nurse in the Setting for Humanized Delivery and Obstetric Nurse as reference in childbirth. The team hopes that with the insertion of the obstetric nurse acting in the assistance, provide experiences of health education for nursing staff and also for the parturients so that they are aware of their rights. It is

<sup>1</sup> Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Biociências (UNIRIO) Docente do Curso de Enfermagem do UniFOA.

<sup>2</sup> Acadêmica de Enfermagem do UniFOA.

<sup>3</sup> Acadêmica de Enfermagem do UniFOA.

<sup>4</sup> Docente do curso de Enfermagem do UniFOA. Especialista em Docência do Ensino Superior.

<sup>5</sup> Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem do UniFOA.

---

concluded that the team expects the nurse to be a reference for the humanization of childbirth care.

**Keywords:** Humanized birth. Midwife. Women's health.

## INTRODUÇÃO

O modelo de parto normal se modificou através do tempo, passando de um parto domiciliar atendido por mulheres para um parto hospitalar e medicalizado. Entretanto na atualidade, políticas públicas surgem para dar conta de um novo desafio, o resgate de uma atenção ao parto mais humanizada e que atenda as expectativas da parturiente independente do local onde ocorre o parto – domicílio, Centro de Parto Normal extra, peri ou intra hospitalar e maternidade.

O nascimento é historicamente um evento natural, como também é indiscutivelmente um fenômeno mobilizador, mesmo as primeiras civilizações agregaram a este acontecimento inúmeros significados culturais, que através de gerações sofreram transformações. (MOURA, 2004). Essas transformações refletem expressões de âmbito cultural, familiar e social de um povo em determinada época que interferem nos modelos de parto e de assistência a saúde.

“O parto humanizado é entendido como prática de cuidado ao parto e ao nascimento, garantindo uma qualidade de assistência segura que valoriza a escolha do ato de dar à luz de forma natural privativa e familiar.” O parto visto como natural e próprio do ciclo de vida da mulher, atendido de forma a respeitar a vontade da parturiente e da família, de forma segura e em harmonia com as necessidades dos mesmos. (PEREIRA, 2016)

Desta forma, considerando o contexto histórico e a ampliação de Políticas Públicas, de promoção à saúde integral e humanizada, mudanças estruturais e gerenciais tornam-se necessárias para atender às demandas de atenção ao parto. Dentre elas a consolidação do papel da enfermeira obstétrica como agente de mudanças no cotidiano do parto.

O Ministério da Saúde tem instituído diretrizes para o apoio ao parto normal fisiológico através da Rede Cegonha que no Art. 1º da lei que a institui, a define como uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. (MINISTERIO DA SAUDE, 2011)

O Ministério da Saúde com a implantação da Rede Cegonha a partir de 2011 preconiza a humanização durante o atendimento ao parto normal, a livre escolha da mulher de seu acompanhante, o acompanhamento do pré-natal de forma qualificada e ainda a ampliação das equipes de atenção ao parto normal de forma horizontal, e com isso a inserção de enfermeiras obstetras para o acompanhamento do parto.

Nesta Linha de Cuidado criada pelo Ministério da Saúde é prevista a criação de estruturas de assistência como as Casas de Parto Normal, casa do bebê e a casa da

gestante, locais estes onde o enfermeiro obstetra tem uma importante atuação e realiza práticas que visam humanizar cada procedimento realizado durante o parto.

Na LEI 7.498, de 25 de Junho de 1986 ao enfermeiro é garantida a autonomia na assistência à parturiente e ao parto normal com a Especialização em Enfermagem Obstétrica; Identificação das distócias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico; realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária. (COFEN, 1986)

A enfermeira obstetra tem uma formação não medicalizada e que busca os fundamentos de sua prática no parto humanizado com menos intervenções e utiliza métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto. Frello e Carraro (2010) reforçam que no parto humanizado deve-se dar liberdade às escolhas da parturiente, prestando um atendimento focado nas necessidades apresentadas a cada momento.

A formação em obstetrícia confere à enfermeira habilidades e competências que a possibilitam ter uma visão integral da situação, cuidando do que é fundamental, ou seja, desde a temperatura da sala, até a luminosidade e o silêncio, para que cada mulher sintase livre e à vontade para mudar de posição, andar, sanar suas dúvidas e ser atendida de forma que sua autonomia seja respeitada. (CAUS, 2012)

Na relação empática, o profissional tem a percepção das necessidades da parturiente que, muitas vezes, é subjetiva; pelo olhar, pela pele, pelo não dito, pelo silêncio, pelo gesto. É nessa atitude/cuidado que a Enfermeiro Obstétrico responde ao chamado da mulher, esclarecendo suas dúvidas, reanimando sua energia, renovando sua confiança para seguir adiante, permitindo assim que o parto normal se concretize num ambiente agradável. Essa forma de atendimento ao parto pode ser efetiva na maternidade ou no domicílio. (CAUS et al, 2012)

As mudanças de contexto na atenção ao parto vêm sendo discutidas a fim de garantir as mulheres o direito de parir em condições seguras e promover experiências saudáveis e humanizadas ao nascimento.

Em cidades do interior que tem um número reduzido de enfermeiras obstétricas em campo existe a dificuldade em ocupar esse espaço na atenção ao parto que leve à humanização das práticas no parto normal. A Rede Cegonha pode contribuir para um olhar mais esperançoso para profissionais que apóiam essas práticas. Diante disso, este artigo tem como objetivo conhecer a opinião da equipe de enfermagem de um hospital público sobre a inserção de enfermeiras obstétricas na atenção ao parto normal.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa, conforme Gerhardt e Silveira (2009) busca explicar o porquê das coisas, sem quantificar os valores e nem submetê-los à prova de fatos, pois os dados analisados não

são métricos e tratam-se de respostas aos questionários aplicados.

O cenário escolhido para realização da pesquisa foi a maternidade um hospital público localizado no município de Volta Redonda (RJ). O motivo de escolha deste cenário foi a atual condição de mudanças na maternidade, tanto de estrutura física quanto de modelo assistencial, com a possibilidade de inserção de enfermeiras obstétricas na sala de parto.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi o questionário elaborado pelas próprias autoras e que “entende-se por um conjunto de questões que são respondidas por escrito pelo pesquisado”. (GIL, 2008, p. 114) As perguntas do questionário foram direcionadas para a experiência da equipe com o parto humanizado e a opinião desta sobre a inserção da enfermeira obstétrica na sala de parto.

As autoras compareceram ao Centro Obstétrico e a maternidade e abordaram de forma aleatória membros da equipe de enfermagem no horário de seus plantões. Os critérios de inclusão foram tempo de experiência de um ano ou mais no setor de maternidade e aceitar participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Desta forma responderam ao questionário dez profissionais de enfermagem lotadas nos setores de maternidade e Centro Obstétrico.

O presente estudo obedeceu às normas e diretrizes da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que regulamenta os aspectos legais para Pesquisas com Seres Humanos e foi aprovado pelo Comitê de Ética sob número do Parecer: 1.532.237.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A análise de dados foi construída a partir do material proveniente dos questionários e permitiu uma apreensão de significados positivos atribuídos pelas participantes à inserção de enfermeiras obstétricas na sala de parto onde as mesmas atuam. As idéias deram origem às seguintes categorias: Acolhimento como forma de humanização do parto; Papel da Enfermeira na Ambientação para o Parto Humanizado e Enfermeira obstétrica como referência no parto.

### **CATEGORIA 1: ACOLHIMENTO COMO FORMA DE HUMANIZAÇÃO DO PARTO**

As profissionais de enfermagem que participaram do estudo demonstraram empatia com as parturientes e referiram que o acolhimento da equipe pode influenciar positivamente no parto tornando-o mais humanizado, o que pode ser reforçado com a presença e atuação da enfermeira obstétrica na sala de parto.

A questão do acolhimento deve ser discutida quando se propõe um novo modelo de assistência que vise a humanização das práticas na atenção a saúde. As falas das



participantes refletem mudanças recentes na organização de suas práticas, onde a presença do acompanhante e a possibilidade de oferecer maior liberdade à parturiente pode consolidar e reforçar o acolhimento, permitindo que novos profissionais experimentem essa realidade e reproduzam tais práticas de forma humanizada.

De acordo com o Ministério da Saúde (2016), mulheres em trabalho de parto devem ser tratadas com respeito, ter acesso às informações baseadas em evidências e serem incluídas na tomada de decisões. Para isso, os profissionais que as atendam deverão estabelecer uma relação de intimidade com estas, perguntando-lhes sobre seus desejos e expectativas. Os profissionais devem estar conscientes da importância de sua atitude, do tom de voz e das próprias palavras usadas, bem como a forma como os cuidados são prestados.

As falas abaixo refletem a concepção das participantes quanto ao acolhimento dispensado às parturientes e sua relação com a humanização das práticas e aproximação com o recomendado pelo Ministério da Saúde:

Um parto onde a paciente possa se sentir acolhida. **(Dep. 1)**

É um parto aonde a gestante tem uma equipe dando um melhor acolhimento; ficando junto ao paciente. **(Dep. 6)**

Acolhimento da paciente, dela se sentir bem no momento de felicidade, ela estar com quem ela se sente bem, ter alguém do lado para acalmar. **(Dep. 9)**

A maternidade pesquisada tem passado por modificações estruturais e organizacionais para facilitar o atendimento às normas e recomendações do Ministério da Saúde para atendimento ao parto e puerpério preconizadas pela Rede Cegonha, dentre elas a presença do acompanhante. A Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS; este fato torna-se relevante, pois traz conforto e segurança a mulher, além de auxiliar na disseminação de informações e educação a saúde da família como um todo.

“Para garantir a segurança e o bem-estar da mulher durante o momento do parto normal é indispensável uma atenção adequada e de qualidade, por isso, a equipe de saúde deve estar pronta para acolher a gestante e seus familiares/acompanhantes.” (PEREIRA, 2016) A inserção da enfermeira obstétrica na sala de parto está entre os próximos passos a fim de favorecer o acolhimento das parturientes e acompanhantes.

Percebeu-se que a equipe de enfermagem entende a importância do acolhimento como forma de humanização. Que este deve ser ofertado pela equipe, pois isso contribui para o bem estar emocional da parturiente e para uma experiência de parto positiva e de felicidade que pode ser divulgada e reproduzida em novos nascimentos.

## CATEGORIA 2: PAPEL DA ENFERMEIRA NA AMBIENTAÇÃO PARA O PARTO

## HUMANIZADO

As profissionais entendem a necessidade de mudanças estruturais para atender às necessidades das parturientes na hora do parto. Indiscutivelmente a presença de profissionais qualificados e com formação voltada para a humanização das práticas, como é o caso da enfermeira obstétrica, afetaria de forma muito positiva o cuidado durante o parto e a ambientação para o parto humanizado.

Como exemplo, o uso de bolas para exercícios, massagens, cadeiras e bancos para posição de cócoras, banhos de imersão, entre outros são métodos facilitadores e que permitem um controle não farmacológico da dor no trabalho de parto e que seriam utilizados pela enfermeira obstétrica com propriedade e de forma a valorizar tais tecnologias de cuidado.

Os gestores nacionais e locais devem proporcionar condições para o redesenho das unidades de assistência ao parto visando a oferta da imersão em água para as mulheres no trabalho de parto. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016) Esses métodos quando utilizados adequadamente tornam o processo menos medicalizado e mais humanizado.

A equipe alegou não possuir todos os acessórios para incentivar e atender ao parto de forma humanizada, mas procuram dentro do possível fazê-lo da melhor forma proporcionando conforto e estando ao lado das parturientes mesmo com poucos recursos.

E ainda percebe-se que a equipe de enfermagem tem o desejo de proporcionar um parto mais acolhedor e põe em prática conhecimentos adquiridos que vão ao encontro das práticas humanizadas de atenção ao parto, como destaca-se nas transcrições abaixo:

Não temos todos os acessórios disponíveis, mas procuramos dentro do possível colocar nosso aprendizado em prática. **(Dep. 4)**

Encaminhar a paciente ao chuveiro orientando para deixar a água normal cair sobre a bacia, realizar o exercício com as bolas, deixar o pai acompanhar. **(Dep. 6)**

O parto é Humanizado quando dá tudo certo para a mãe e o bebê. A meia luz e às vezes uma música de fundo. Sem fórceps e Kristeller. **(Dep. 3)**

As depoentes citam métodos não farmacológicos de alívio da dor no parto como meio de humanizar a assistência. A Rede Cegonha incentiva o uso de tais métodos e apóia práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento", as práticas citadas pelas participantes do estudo estão entre as citadas no documento.

O Ministério da Saúde (2001) atendendo a recomendações da Organização Mundial de Saúde também traz condutas que são claramente úteis e devem ser encorajadas durante o parto normal como ter um plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, avaliação dos fatores de risco da gravidez durante o cuidado pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto, monitorização do bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, oferta de

---

líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto, respeito da escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto, entre outros.

Ainda que todos acessórios não estejam disponíveis para a equipe de enfermagem, nota-se conhecimento do que deve ser feito, gerando uma perspectiva positiva em relação às mudanças que estão acontecendo no atendimento ao parto, preconizado pela Rede Cegonha. Desta forma o parto vem a ser um evento mais natural e que dá oportunidade à mulher de participar do processo de nascimento de seu filho. Trazendo ainda autonomia e conhecimento a ser disseminado junto à comunidade em que esta está inserida.

### CATEGORIA 3: ENFERMEIRA OBSTÉTRICA COMO REFERÊNCIA NO PARTO

Questionadas sobre a experiência com o modelo de parto humanizado, as profissionais de enfermagem do centro obstétrico relataram suas vivências à princípio ligadas à assistência do médico, pois até então não existe a figura da enfermeira obstétrica atendendo ao parto. Entendem que alguns médicos buscam fazer o parto humanizado da melhor maneira cabível, que permitem o acompanhante permanecer na sala de pré-parto, embora seja um direito da parturiente e que não necessite de autorização de nenhum profissional responsável pela assistência direta a parturiente.

As falas abaixo refletem a necessidade de discussão coletiva sobre os benefícios da humanização das práticas de atendimento ao parto visto que todos os profissionais envolvidos devem seguir as recomendações do Ministério da Saúde baseadas em evidências científicas e comprovadamente úteis na manutenção da segurança da parturiente e da qualidade da assistência, sendo necessária uma incorporação geral de novas práticas no atendimento ao parto.

Alguns médicos procuram fazê-lo da melhor forma. **(Dep. 1)**

Hoje, no serviço a que pertença esta realidade está se tornando frequente, a parturiente já pode ficar com acompanhante o tempo todo no pré-parto, porém, o que se deve mudar ainda é o acompanhamento durante o parto que ainda existe resistência médica. **(Dep. 7)**

Alguns médicos procuram fazer esse novo modelo, mas, nem todos aderiram ao modelo completo, mas os que usam são bem vindos, acalma as pacientes da um conforto a mais. **(Dep. 9)**

A maternidade pesquisada tem um histórico de ser espaço de formação médica. Alunos do curso de medicina e residentes de obstetrícia atuam de forma ampla no setor. Essa realidade contribui para o reconhecimento por parte da equipe de saúde desses profissionais como únicos exemplos na assistência à mulher visto que não existe ainda a inserção da enfermeira obstétrica no setor.

Existe um desafio a ser transpassado pelos gestores e profissionais da maternidade pesquisada quando da entrada de novos enfermeiros, pois o enfermeiro obstétrico ainda encontra muitas dificuldades na sua atuação, seja pelos limites impostos pelas estruturas físicas encontradas nas maternidades atualmente, e/ou rotinas hospitalares, seja pela cultura centrada nos médicos que ainda prevalece (ALMEIDA, GAMA, BAHIANA, 2015)

Existe confiança na atuação da enfermeira obstétrica por grande parte da equipe pesquisada. A conquista desse espaço pela enfermeira será fundamental para construir a identidade desta profissional e aliar seus conhecimentos com os de outros membros da equipe de saúde com a finalidade de promover um parto mais seguro e humanizado para as mulheres.

As profissionais de enfermagem acreditam que a atuação da enfermeira obstetra somando-se a toda equipe de profissionais trará qualidade e um olhar diferenciado com ênfase aos direitos das parturientes. Entendem ainda, que a enfermeira explicando todo o procedimento do trabalho de parto até o parto, aumentaria o índice de parto normal e diminuiriam as intervenções desnecessárias.

Cada respondente destaca a importância da enfermeira de forma positiva como vemos a seguir:

A enfermeira seria uma referência para que os direitos da gestante e de todos que estejam envolvidos com ela, sejam cumpridos e um profissional a mais prestando assistência à parturiente. **(Dep. 5)**

Será de grande ajuda, tanto para as técnicas de enfermagem, médicos e principalmente para a gestante, pois teria um atendimento melhor. A enfermeira daria melhor assistência tanto na explicação de como seria o parto normal, quanto o caminho a seguir no trabalho do parto. E o mais importante é que o índice de parto normal aumentaria, pois a enfermeira obstetra tem autonomia para realizar. **(Dep. 6)**

Acho que daria mais acolhimento para a parturiente, hoje na realidade em que vivo, a enfermeira faria com que os direitos das parturientes fossem respeitados no que diz respeito aos pontos de parto humanizado. **(Dep. 3)**

Percebe-se que o processo de conquista da enfermeira obstetra por espaço e reconhecimento neste setor será árduo, porém gratificante para a equipe e para os estudantes de enfermagem que também atuam no setor durante o estágio supervisionado em saúde da mulher. A enfermeira atendendo aos partos será exemplo para futuros profissionais e para as próprias funcionárias do setor na tentativa de não se limitarem rotinas impostas e agregar conhecimento e uma postura reflexiva para agir da melhor forma frente às situações. Dessa maneira, consolida a profissão e gera assim maior emancipação. (ALMEIDA, GAMA, BAHIANA, 2015)

Entende-se como limitação deste estudo a questão da eleição de apenas uma equipe de enfermagem no interior do estado do Rio de Janeiro, entretanto acredita-se na reprodução deste modelo de reflexão da prática de equipes em outras áreas do país que ainda buscam a inserção da Enfermeira obstétrica em suas salas de parto.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a pesquisa realizada com a equipe de enfermagem, que está envolvida no processo de transição para o modelo de parto humanizado, verificou-se que a equipe entende os preceitos da humanização no parto e que mesmo que o centro obstétrico ainda não esteja totalmente preparado de forma física para a humanização das

práticas, ainda assim a equipe torna disponível uma assistência mais acolhedora e humanizada.

A equipe espera que com a inserção da enfermeira obstétrica atuando na assistência, proporcione experiências de educação em saúde para equipe de enfermagem e também para as parturientes para que estejam conscientes dos seus direitos e possam lutar por eles. E ainda a organização da área física do centro obstétrico, a atitude de acolhimento e que a enfermeira seja uma referência para humanização do atendimento ao parto, estão entre as expectativas da equipe frente a inserção da enfermeira obstétrica na sala de parto.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, O. S.C.; GAMA, E.R.; BAHIANA, P.M. Humanização do parto: a atuação dos enfermeiros. **Revista Enfermagem Contemporânea**. v. 4, n. 1, Jan./Jun2015.

CONITEC. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Relatório de recomendação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília - DF; 2001. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_13.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf). Acesso em 01 de dezembro de 2015.

CAUS, E. C. M. *et al.* O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 34-40, Mar. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100005&lng=en&nrm=iso)>.access on 23 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452012000100005>.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei 7498 de 25 de Junho de 1986**. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: COFEN, 1986.

FRELLO, A. T; CARRARO, T. E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.12, n. 4, p. 660-8, 2010. Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7056/8487>.

GERHALDT, T. E.; SILVEIRA, D.T. **Métodos de pesquisa**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.

MOURA, M.A.V. A institucionalização do parto e a humanização da assistência. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, v.8, n.2, agosto 2004.

PEREIRA, S. S. et al. Parto natural: a atuação do enfermeiro diante da assistência humanizada. **Tempus, actas de saúde colet**, v.10, n. 3, p. 199-213, 2016.

# PARTO SEGURO: A PERCEPÇÃO DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO USO DO CHECKLIST

## SAFE CHILDBIRTH: THE PERCEPTION OF A NURSING STAFF IN USE OF THE CHECKLIST

Michele Machado Cunha<sup>1</sup>  
Denise Maccarini Tereza<sup>2</sup>  
Rozilda Lopes de Souza<sup>3</sup>  
Cecília Marly Spiazzi dos Santos<sup>4</sup>

Recebido em: 29 nov. 2017

Aceito em: 18 jun. 2018

**RESUMO:** Pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória com objetivo de conhecer a percepção da equipe de Enfermagem na aplicação do Checklist para o Parto Seguro em um hospital privado do Extremo Sul Catarinense. Aplicou-se um questionário semiestruturado com 10 colaboradores da equipe. A análise de dados foi realizada com análise de conteúdo, contendo informações sobre área de atuação atual, preenchimento e tempo utilizado do checklist do Parto Seguro, opinião sobre o checklist e o gerenciamento de riscos, contribuição do checklist na prática do trabalho, dificuldades vivenciadas no manuseio e preenchimento, comunicação da equipe durante a confirmação dos itens, as potencialidades e fragilidades na utilização do checklist do parto seguro e sugestões sobre a temática. A prática do uso do instrumento proporciona uma maior qualidade na assistência, auxiliando a equipe de enfermagem durante a checagem dos itens, prestando os cuidados necessários em todo o processo do Parto e Nascimento. É possível concluir que a percepção da equipe de enfermagem sobre o uso do checklist do parto seguro tem como centro do cuidado a parturiente e o recém-nascido e suas práticas assistenciais estão voltadas a segurança do cliente. O estudo mostrou que este modelo de segurança amplia as possibilidades de parto seguro nesta instituição.

**Palavras-chave:** Parto. Segurança. Gestão de riscos. Checklist. Enfermagem.

**ABSTRACT:** This Qualitative and exploratory research in order to know the perception of nursing staff in the implementation of the Checklist for safe delivery in a private hospital in the far South of Santa Catarina. Applied a semi-structured questionnaire with 10 employees of the team. Data analysis was performed using content analysis, containing information on current operating area, and fill time used the checklist of safe delivery, opinion about the checklist and the risk management, the contribution checklist in the practice of work, difficulties experienced in handling and filling, communication from the team during the confirmation of the items, the potentialities

<sup>1</sup> Enfermeira. UNESC - Universidade do Extremo Sul Catarinense - Criciúma - SC - Brasil. Endereço para correspondência: Rua Ana Herculano Magalhães, 18. Renascer. Criciúma - SC. CEP: 88.8016-015. E-mail: [enflichelemachado@gmail.com](mailto:enflichelemachado@gmail.com).

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde - UNESC - Universidade do Extremo Sul Catarinense - Criciúma - SC - Brasil. E-mail: [denisemaccarini@yahoo.com.br](mailto:denisemaccarini@yahoo.com.br).

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde - UNESC - Universidade do Extremo Sul Catarinense - Criciúma - SC - Brasil. E-mail: [rozildalopes@unesc.net](mailto:rozildalopes@unesc.net).

<sup>4</sup> Enfermeira. Mestre em Ciências da saúde - UNESC - Universidade do Extremo Sul Catarinense -Criciúma - SC - Brasil. E-mail: [marly@unesc.net](mailto:marly@unesc.net).

and weaknesses in the use of the checklist of safe delivery and suggestions on the subject. The practice of the use of the instrument provides a higher quality in assistance, assisting the nursing staff during the checking of the items, providing the necessary care in the entire process of childbirth and Birth. It can be concluded that the perception of nursing staff on the use of the checklist of the safe delivery of care center has the mother and the newborn and their welfare practices are geared to client security. The study showed that this security model extends the possibilities for safe delivery in this institution.

**Keywords:** Childbirth. Security. Risk management. Checklist. Nursing.

## INTRODUÇÃO

A Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros foi desenvolvida como um instrumento para melhorar a qualidade dos cuidados prestados no parto e nascimento, é uma lista organizada de práticas essenciais baseada em evidências, que visa às principais causas de morte materna por causas intraparto e das mortes neonatais em todo o mundo. Cada item da Lista de Verificação é uma ação crítica que, se não for cumprida, poderá provocar sérios danos a mãe, ao recém-nascido ou a ambos (OMS, 2017).

Com o uso do checklist pode-se aprimorar o gerenciamento de risco nas instituições, com foco na segurança dos pacientes melhorando a qualidade da assistência prestada, acredita-se que o gerenciamento de risco possibilita aos profissionais de enfermagem avaliar o cuidado oferecido observando e propondo melhores práticas que minimizem e evitam os eventos adversos (GOMES et al., 2016a).

A prática do uso do instrumento proporciona uma maior qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os cuidados essenciais aos recém-nascidos, auxiliando aos profissionais responsáveis na checagem dos itens para prestar os cuidados necessários em todo o processo do Parto e Nascimento. É importante a aprovação dos profissionais envolvidos na utilização do *checklist*, para assegurar o uso eficaz da Lista de Verificação. E especialmente o conhecimento dos diferentes níveis administrativos do setor, para assegurar que conhecem o processo da Lista de Verificação, o que é a lista, como funciona e porque o preenchimento de cada item é tão importante (OMS, 2017).

Diante destas reflexões motivou-se a realização da pesquisa para analisar a percepção dos profissionais sobre o *checklist* do Parto Seguro, que segundo a OMS (2017), o instrumento vem para melhorar a segurança e a qualidade do parto e nascimento em todo o mundo. Sendo importante analisar a percepção da equipe de enfermagem para evidenciar o uso eficaz, conhecimento, suas visões críticas e avaliativas dos processos que abrangem o uso do *checklist* do Parto Seguro.

Considera-se que o uso do *checklist* do Parto Seguro garante qualidade nos registros permitindo a análise de todo processo que está sendo realizado na prestação da assistência de enfermagem; proporcionando melhoria na comunicação da equipe de



enfermagem e soluções para possíveis problemas e um melhor atendimento.

Com intuito de conhecer a percepção entre os colaboradores participantes, tem-se como objetivo conhecer a Percepção da equipe de Enfermagem sobre o uso do Checklist do Parto Seguro.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Pesquisa qualitativa, descritiva exploratória. O estudo foi realizado em um Hospital privado do Extremo Sul Catarinense com 10 colaboradores da equipe de enfermagem, sendo 9 técnicas de enfermagem e 1 enfermeira atuantes na Clínica da Mulher de diferentes turnos.

Como critério de inclusão utilizou-se: ser enfermeiro ou técnico de enfermagem; estar atuando a pelo menos 3 meses na instituição; aceitar participar por meio da assinatura do TCLE; atuar em qualquer turno de trabalho. Como Critério de exclusão utilizou-se: ser menor de 18 anos; pertencer a outro setor do hospital; estar afastado por motivo de doença ou algum tipo de licença durante o período da pesquisa.

A coleta de dados foi efetuada por meio de questionário semiestruturado, aplicado pela própria pesquisadora no contexto do estudo.

A análise e interpretação dos dados foram realizadas pela análise de conteúdo, a partir da categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados.

Conforme Minayo (2009) as categorias são empregadas para estabelecer classificações, significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo que pode ser utilizado em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa.

Este trabalho foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense sendo aprovado pelo nº 2.201.270/ 2017. A coleta de dados somente foi realizada após aprovação pelo referido comitê, estando de acordo com a resolução 510/2016, que regulamentam a pesquisa com humanos.

Para preservar o sigilo decorrente do questionário, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se a letra 'P' para os profissionais da equipe de enfermagem; seguido do respectivo número - P1 a P10.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS

Em relação ao perfil dos profissionais entrevistados, todos são do sexo feminino; a faixa etária estabeleceu-se entre 20 a 38 anos; categoria profissional P1; P2; P4; P5; P6; P7; P8; P9 e P10 são técnicas de Enfermagem, P3 Enfermeira. O tempo de atuação dos profissionais no setor Clínica da Mulher variou de menos de 1 ano a mais de 5 anos. O turno de trabalho matutino, vespertino e integral.

### PREENCHIMENTO E O TEMPO UTILIZADO DO *CHECKLIST* DO PARTO SEGURO

Todos os profissionais atuantes da clínica da mulher preenchem o instrumento *checklist* do parto seguro totalizando 10 colaboradores. O tempo utilizado para o preenchimento do *checklist* é cerca de 5 a 10 min.

Segundo a OMS (2017) o *checklist* do Parto Seguro pode ser normalmente usado de duas maneiras: em Ler-Fazer, deve ler-se, primeiro, o item da Lista do *checklist* e depois preencher o item. Em Fazer-Confirmar, deve-se realizar o item solicitado e depois ler o ponto da Lista do *checklist*, para confirmar que a tarefa foi realizada. Pode realizar qualquer um dos métodos, embora Ler-Fazer é um dos métodos mais seguro da forma correta de realizar a checagem, especialmente ao colaborador que esteja iniciando o uso do *Checklist*.

### OPINIÃO SOBRE O *CHECKLIST* E O GERENCIAMENTO DE RISCOS

A opinião dos colaboradores denotou a importância do *checklist* e o gerenciamento de riscos para a segurança do cliente; com identificação correta do cliente; evitando trocas, riscos e buscando a integralidade da assistência.

O *checklist* é considerado uma ferramenta essencial para a promoção da segurança do recém-nascido, parturiente e da própria equipe para a continuidade da assistência, conforme os relatos:

P3- *“Checklist é uma ferramenta importante na segurança do paciente, enfim toda equipe envolvida no cuidado centrado da paciente [...]”*.

P4- *“Sobre o checklist posso dizer que é uma ferramenta muito importante tanto para a segurança da mãe/bebê como para a continuidade da assistência, pois nela está todos os dados da cliente e alertas de risco.”*

P7- *“É uma segurança para a equipe, que atenderá este paciente/ cliente, um atendimento individualizado, um cuidado individualizado com os pacientes, clientes em*

*tratamento”.*

A promoção da assistência materna e neonatal segura é de fundamental importância, tendo em vista o grande número de clientes envolvidos e o potencial de risco de eventos adversos que podem ocorrer no processo assistencial. No Brasil, aproximadamente 98% dos partos acontecem em estabelecimentos hospitalares públicos ou privados, com aproximadamente 3 milhões de nascimentos a cada ano, totalizando, nesses segmentos, quase 6 milhões de clientes entre parturientes e recém-nascido. (BRASIL, 2014).

P8 - *“Com o fluxo de pacientes, para não haver troca de pacientes, e informações de alergias e doenças que o paciente possa ter.”*

Em pesquisa de revisão Gomes et al. (2016b) sobre erros na administração de medicamentos encontrou como fatores desencadeadores dos erros: Troca de pacientes, erro de dosagem via errada, além de erro documental, omissão de justificativas quando necessário e outras. O erro na administração de medicamentos é responsável por deixar sequelas irreparáveis nos clientes ou até levar à morte.

P10 - *“É importante para não haver troca de clientes e para ver se tem alergias, medicações etc.”*

É imprescindível que os profissionais de saúde busquem a qualificação e atualização periodicamente, a fim de minimizar os eventos adversos na administração de medicamentos, buscando a qualificação do cuidado. Enfatiza-se a importância da identificação correta do cliente são medidas usadas para garantir a segurança do mesmo. (GOMES et al., 2016b).

P3 - *“Na realização podemos identificar os riscos, assim evitar os danos e posteriormente evitar eventos adversos [...]”.*

P2 - *“Com esses instrumentos de trabalhos tão importantes para organização da equipe além de minimizar os riscos e incertezas sobre qualquer eventualidade que possamos identificar antes das cirurgias”.*

Com as ações de gerenciamento de risco nas instituições de saúde, pode-se observar por meio das falas a melhoria na qualidade assistencial, buscam a segurança dos clientes, identificando as situações que os colocam em risco, agindo na sua prevenção e controle. Possibilitando a equipe de enfermagem avaliar o cuidado oferecido ao cliente, observando e propondo a melhoria nas práticas que minimizam os riscos. O uso do *checklist* tem a finalidade essencial de identificar os riscos precocemente, evitando danos e eventos adversos tanto com o recém-nascido como com a parturiente:

P9 - *“Importante para saber informações do paciente que vão ser utilizadas medidas para a continuidade ao tratamento. Por exemplo, gestante com diabetes/ hipertensão logo após a sala de recuperação vão ser tomadas medidas especiais para essa paciente que corre risco ou se é alérgica a alguma medicação.”*

P1 - *“É importante o checklist, pois importância que vão da admissão da mãe até o*

*momento da alta e devemos prestar atenção no nome, sobrenome, nome da mãe e pai. Ver se tem alergia, pré-natal, consulta”.*

A identificação do cliente para Tase e Tronchin (2015) é uma área de alta prioridade dentre os gerenciamentos de riscos e assistenciais nos serviços de saúde, pois, quando ocorre algum erro ou evento adverso, relativo a não conformidade na identificação, os desfechos, na maioria das situações, são preocupantes. Por outro lado, é uma prática de medidas evitáveis quando valorizada pelos profissionais de saúde. Sendo assim, apontada como uma das soluções e um componente essencial e decisivo na assistência segura, que se realizada corretamente, será passível de prevenir inúmeros erros ou eventos adversos nos múltiplos âmbitos da prática do cuidado.

P5 - “Há uma grande importância no preenchimento de dados específicos antes de qualquer procedimento realizado com o paciente evitando erros com o mesmo”.

Para o profissional P6 o *checklist* pode possibilitar uma melhor integralidade na assistência materna e neonatal, com a humanização da assistência individualizada e humanizada, pois nesse momento vivencia fortes emoções, tanto para as parturientes como para seus familiares, porque as experiências vivenciadas ficaram registradas de uma forma positivas ou negativas, para o resto de suas vidas. (BRASIL, 2014b).

P6 - “*Sim bom para o paciente, cuidado físico, psíquico do mesmo”.*

Portanto, a preocupação com a segurança deve ter um olhar integral incluindo aspectos emocionais, culturais e sociais envolvidos neste momento único para as Parturientes e seus familiares (BRASIL, 2014b).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), lançado pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da publicação da Portaria n°. 529, de 1 de abril de 2013. Entende-se que:

Considerando que a gestão de riscos voltada para a qualidade e segurança do paciente englobam princípios e diretrizes, tais como a criação de cultura de segurança; a execução sistemática e estruturada dos processos de gerenciamento de risco; a integração com todos os processos de cuidado e articulação com os processos organizacionais do serviço de saúde; as melhores evidências disponíveis; a transparência, a inclusão, a responsabilização e a sensibilização e capacidade de reagir a mudanças; e Considerando a necessidade de se desenvolver estratégias, produtos e ações direcionadas aos gestores, profissionais e usuários da saúde sobre segurança do paciente, que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de evento adverso na atenção à saúde. (BRASIL, 2013, p.1).

Os resultados evidenciaram uma grande importância na segurança do cliente com o objetivo de minimizar possíveis erros e incertezas, contribuindo assim para a organização do processo na busca da qualidade da integralidade na assistência prestada a parturiente e ao recém-nascido.

---

## CONTRIBUIÇÃO DO *CHECKLIST* NA PRÁTICA DE TRABALHO

As contribuições do *checklist* na prática de trabalho da equipe de enfermagem possibilita a segurança do paciente, comunicação da equipe para as certezas do processo sendo fundamental na qualidade do cuidado conforme estudos já realizados, o uso do *checklist* não atrapalha a assistência prestada.

O *checklist* na prática de trabalho possibilita a segurança do paciente e equipe, através da organização dos procedimentos que necessitam ser prestados tornando se uma prática essencial segundo os relatos dos colaboradores:

P1 - *“Sim Pois é a segurança do paciente”*.

P8 - *“Para a segurança do paciente e equipe”*.

P9 - *“Sim Reforça a segurança para nós, para o paciente”*.

P10 - *“Para dar segurança para o cliente, médico e para a enfermagem”*.

P3 - *“Muito com o objetivo na segurança do paciente”*.

No dizer de Neves et al. (2014) a proteção no ambiente de trabalho não está individualizada apenas na proteção do colaborador envolvido com o procedimento, mas sim de toda a equipe na prática assistencial proporcionando um cuidado integral do colaborador e do cliente. O uso de instrumentos que ajudam no cotidiano dos colaboradores fornece segurança para terem a certeza que estão prestando um cuidado de qualidade embasado em evidencias científicas.

Destaca-se no relato do colaborador P4 que o *checklist* contribui para a identificação das certezas na prática de trabalho: P4 - *“O uso do instrumento contribui para termos as certezas que estamos seguindo um processo correto. Para termos nosso laudo certo”*.

Perante as falas dos colaboradores sobre o *checklist* como um instrumento que visa também à segurança do Profissional da saúde a NR 26 estabelece diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores na área da saúde:

Esta Norma Regulamentadora - NR tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Para fins de aplicação desta NR entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade. (BRASIL, 2005, p.1).

A qualidade da assistência atende as necessidades dos clientes e tem o intuito de promover serviços de excelência envolvendo toda a equipe.

Além das certezas o *checklist* é fundamental para proporcionar qualidade e segurança no parto: (P2) *“Ferramenta fundamental para melhorar a qualidade dos cuidados*

*dispensados as mulheres que dão à luz e recém-nascidos”.*

Broca e Ferreira (2015) destacam que a enfermagem é uma profissão praticada em equipe, sendo uma extensão continuada dos envolvidos na assistência. Valorizando e enfrentando, os desafios da comunicação entre relações durante o cuidado, sendo um agente transformador na equipe multiprofissional para uma comunicação sensível.

A comunicação da equipe é fator essencial para a aplicação correta do *checklist* perante os seguintes relatos:

P5 - *“Sim. Com toda a equipe que receber este paciente estará ciente dos danos e riscos que podem ocorrer durante o procedimento”.*

P7 - *“Sim. Passa as informações referentes ao paciente cliente e o cuidado que devo oferecer ao paciente cliente”.*

A comunicação entre a equipe é fundamental para um bom desenvolvimento do *checklist*, essa relação qualifica o relacionamento da equipe multiprofissional onde todos participam com a finalidade de prestar uma assistência qualificada, compartilhando as informações entre as equipes de diferentes turnos e o conhecimento da história da parturiente por profissionais que não acompanharam a sua gestação.

P3 - *“[...] a ferramenta é valiosa também para os médicos onde em algumas situações o profissional não conhecia a história do paciente e o plantão realiza o procedimento e com a comunicação efetiva e sua realização torna-se o uso do instrumento a prática essencial”.*

A comunicação apresenta-se em constante mudança e as formas de se comunicar qualificam o relacionamento da equipe e contribuem com elementos para a estruturação da equipe influenciando a efetividade do processo. (BROCA; FERREIRA, 2015).

Segundo a colaboradora P6 o *checklist* é uma fonte de informação que pode ocasionar burocracia e pouco contato direto com o cliente:

P6 - *“Sim, pois é fonte de informação. Não porque dependendo do procedimento acaba sendo muito papel e pouco contato com o cliente”.*

Todos os itens da Lista de Verificação são importantes como fonte de informação para todos os partos, embora possa parecer que seu preenchimento seja moroso, logo permitirá ao colaborador executar a prática da assistência com maior segurança e facilidade em seguir o processo necessário e tão importante durante a realização do parto. (OMS, 2017).

## DIFICULDADES VIVENCIADAS NO MANUSEIO E PREENCHIMENTO DO *CHECKLIST*

As dificuldades vivenciadas que envolvem o manuseio e preenchimento do *checklist*, segundo a equipe de Enfermagem, relacionam-se principalmente com as informações incompletas do cartão do pré-natal; falta de comunicação e ainda a

organização do tempo da equipe multiprofissional durante a realização do *checklist*, além da falta de conhecimento das parturientes sobre informações da gestação.

É imprescindível a realização do pré-natal para identificar situações de riscos e intercorrências no ciclo gravídico que possa interferir no curso normal, possibilitando um diagnóstico precocemente. O cartão da gestante deve estar preenchido corretamente com todas as informações necessárias como a identificação da gestante, as consultas realizadas, calendário de vacina e exames solicitados.

P5 - *“Cartão pré-natal incompleto”*.

P6 - *“Existe a dificuldade quando o cartão pré-natal da paciente está incompleto ou inelegível”*.

P7 - *“O não preenchimento completo”*.

A atenção ao pré-natal segundo Carpes, Ressel e Stumm (2016) consiste na prevenção, promoção da saúde e tratamento de problemas que ocorrem durante o processo gestacional interferindo no parto e pós-parto, implicando na dificuldade da assistência quanto à falta de conhecimento da gestante em repassar informações importantes para sua saúde e do recém-nascido.

Assim durante o pré-natal é o momento oportuno para realizar educação em saúde incentivando o empoderamento da gestante na busca do conhecimento para seu cuidado e do recém-nascido. Conforme relato da P2: *“Quando o paciente não sabe dar as informações completas, exemplo doenças infectocontagiosas, dosagem de medicações em uso”*.

Para otimizar o cuidado com o uso do *checklist*, a equipe de enfermagem depende da colaboração dos demais integrantes da equipe multidisciplinar, uma boa comunicação é peça chave para que profissionais possam trabalhar em um ambiente de ajuda mútua. Compartilhando conhecimentos, responsabilidades, trocando informações e propondo, sugerindo e modificando ações, resultando em um verdadeiro trabalho em equipe. Possibilitando assim um melhor enfrentamento das situações adversas nos relacionamentos interpessoais, permitindo desenvolver os conhecimentos, as aptidões e a confiança de que precisam para participar plenamente dessa parceria. (WALDOW, 2014).

P1 - *“É importante, pois não é ouvido por todos os participantes.”*

P9 - *“Às vezes a cirurgia, o procedimento em si é muito rápido, e o checklist é algo que precisa ser feito com calma e clareza e muitas vezes o próprio médico não quer ouvir, somos orientados a falar mesmo assim”*.

Segundo a fala do colaborador P4, a falta de atenção e o não conhecimento do *checklist*, dificulta a assistência, esta falha é suprida por constantes treinamentos realizados na instituição para a qualidade da assistência: (P4) *“Muitas vezes na correria do processo a falta de atenção e a falta de conhecimento da ferramenta deixamos a desejar. Mas sempre estamos em treinamento para melhor atender”*.

É fundamental que o profissional tenha conhecimento e esteja treinado para a utilização do *checklist*, estando apto a interromper qualquer das etapas, caso julgue necessário, ou dar prosseguimento para a próxima fase. Os colaboradores envolvidos no processo necessitam ter conhecimento sobre esse instrumento, compreender a sua importância e incorporá-la na prática diária. Cada participante da equipe é peça chave para o sucesso da ação, considerando que todos são responsáveis pela segurança do paciente. (MONTEIRO, 2014).

P3 - *“São o preenchimento de todas as etapas que ele contém em algumas situações com a “pressa”, a equipe acaba deixando de preencher por completo”*.

Perante a fala dos colaboradores P8 e P10 não relataram dificuldades no manuseio e preenchimento do *checklist*: P8 - *“nenhuma”*, P10 - *“nenhuma”*.

A aplicabilidade do *checklist* depende das informações contida em de todas as etapas, com conhecimento e compreendendo sua importância para a parturiente e recém-nascido tanto quanto para a equipe multiprofissional na organização da assistência prestada com qualidade.

## COMUNICAÇÃO DA EQUIPE DURANTE A CONFIRMAÇÃO DOS ITENS

A comunicação da equipe durante a confirmação dos itens acontece antes do procedimento sendo importante a participação de todos, mesmo quando alguns profissionais da equipe multidisciplinar ignoram ou não gostam de realizar em voz alta a confirmação dos itens, assim nem sempre acontecendo a confirmação dos itens de cada etapa do *checklist*.

O envolvimento multidisciplinar na realização de um processo de segurança é fundamental, pois contribui para a receptividade e adesão ao processo. A interação no ambiente influencia no cuidado da parturiente e recém-nascido. Constata as seguintes falas:

P1 - *“Sim. Antes o procedimento é realizado o checklist em sala cirúrgica”*.

P2 - *“Sim. Sempre importante realizar o checklist em voz alta em sala de cirurgia certificando se que todos envolvidos participem das informações ali anotadas”*.

P4 - *“Sim. Confirmamos todos os dados antes da indução anestésica”*.

Levando em consideração que o trabalho em equipe é inerente à enfermagem, assim como afirma Copelli et al. (2015) demonstra que a relação interpessoal entre os integrantes da equipe multiprofissional beneficia o desenvolvimento do enfermeiro gestor, uma vez que são estabelecidas relação de confiança e ajuda mútua no ambiente de trabalho, contribuindo para a maior satisfação do profissional com o trabalho e qualidade do cuidado oferecido. Para que o trabalho em equipe ocorra de forma coesa, faz-se necessário que os profissionais estejam preparados para agir com competência:



P3 - *“Sim. Procuramos sempre induzir a equipe na participação, realizamos com o profissional medico em tempo real, ocorre em alguns momentos o esquecimento de realizar a etapa, assim nós gestores chamamos a equipe para uma reflexão importante do preenchimento da ferramenta”.*

A participação no cuidado prestado sob o olhar da integralidade promovida pela educação permanente permite a ampliação e a preocupação da dimensão do cuidado e da segurança, além de fortalecer a responsabilização dos colaboradores sendo transformação da prática e da tomada de decisão em direção a sua proteção e do cliente. (BROCA; FERREIRA, 2015).

P5 - *“Não, alguns médicos ignoram e outros têm uma boa aceitação.”*

P6 - *“Depende de qual cirurgião, sendo que algum não ‘gosta’ que realize o checklist em voz alta”.*

P7 - *“Muitas vezes o próprio médico para médico, realiza a confirmação deixando a equipe de lado”.*

A resistência de alguns profissionais da equipe multidisciplinar também foi apontada como causas intervenientes no trabalho da equipe, uma vez que, para se alcançar a tão almejada assistência integral, é necessário desenvolver uma assistência interdisciplinar, e não atuar de forma individualizada ou que comprometa a qualidade do cuidado à parturiente. (DODOU et al., 2017).

P9 - *“É para ser, porém nem sempre, pois às vezes o médico chega atrasado, a colega de trabalho (circulante) tem que sair da sala para fazer outro procedimento”.*

P10 - *“Sim. Mas nem sempre”.*

A comunicação deve estar presente em todas as etapas de um procedimento, sendo das informações adquiridas à formação do planejamento para a assistência que será prestada. A equipe depende de um envolvimento integral de todos os participantes para juntos desenvolverem as ações para o cuidado oferecido.

## AS POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NA UTILIZAÇÃO DO *CHECKLIST* DO

### PARTO SEGURO

A utilização do *checklist* apresenta como potencialidades, segundo as participantes do estudo, a humanização do parto prestando um atendimento individualizado e seguro para a parturiente e recém-nascido evitando possíveis riscos adversos com o uso do instrumento. Dentre as fragilidades com a utilização do *checklist* estão a falta de dados e o não preenchimento correto, a falta de comunicação da equipe multidisciplinar e a parturiente.

Na prática o *checklist* contribui para o processo de trabalho, sendo um facilitador nas rotinas que devem ser seguidas pela equipe multiprofissional. As potencialidades do

---

*checklist* estão relacionados à qualidade das práticas assistenciais na segurança da parturiente e recém-nascido como percebe se nas falas a seguir:

(P1) *“É a humanização do parto em gestantes de baixo risco obstétrico um parto seguro enfatizam parto vaginal, nos incentivos econômicos na utilização de tecnologia”.*

A melhoria de qualidade na assistência ao parto e ao nascimento no Brasil tem incentivado os profissionais de saúde a implementar ações de humanização provocando o estímulo de novas posturas frente ao parto e nascimento. (MARIA et al., 2017).

P7 - *“Potencial, dar um atendimento adequado individualizado seguro para ‘paciente’ cliente”.*

O uso do *checklist* na preparação da parturiente para realização do procedimento que envolve o pré-operatório tem como uma das principais finalidades a conferência das informações obtidas sobre sua identificação e sobre adequação da montagem da sala para o procedimento proposto. Os riscos a parturiente e ao recém-nascido são uma realidade presente e cabe à equipe multiprofissional no processo propor estratégias e estabelecer barreiras para garantir a segurança. (ROSCANI, 2017).

P2 - *“Tem o potencial de garantir a segurança do paciente no pré-operatório”.*

P4 - *“Temos todos os questionamentos para evitar risco no procedimento”.*

P5 - *“Contribui para segurança do paciente”.*

Logo, compreende se que as fragilidades da utilização do *checklist* do parto seguro tendem a influenciar no resultado final, que é assistência prestada. Esta, por sua vez, deve estar pautada na excelência do cuidado que envolve desde a forma correta de manusear do instrumento até a forma técnica, científica e humanizada do parto. (DODOU et al., 2017).

P2 - *“[...] a fragilidade ocorre quando não identificamos possíveis eventos quanto para o paciente, quanto para a equipe envolvida”.*

P3 - *“Falta de preenchimento de etapa furamento (incompleto)”.*

De acordo com P4 a fragilidade vivenciada no uso do *checklist* quando: *“São sobre dados que coletamos do RN, onde temos que entrar em contato com o berçário, às vezes passa despercebido”.*

P5 - *“A fragilidade quando o paciente não relata dados.”*

P7 - *“As fragilidades, quando não é realizado corretamente”.*

O trabalho da equipe multidisciplinar é um elo voltado ao cuidado prestada com excelência a parturiente e ao recém-nascido, sendo importante reconhecer o trabalho do outro e considerá-lo, proporcionado através do processo de comunicação, um rompimento das barreiras que impedem ou prejudiquem as relações estabelecidas entre os profissionais de diferentes categorias, hierarquias, poder e status. Desse modo, é importante estreitar laços de comunicação efetivo, sem imposições, ruídos ou barreiras entre a equipe multidisciplinar para evitar que haja conflitos e contradições nas informações

compartilhadas sobre a assistência prestada, evitando qualquer ação negativa no cuidado de enfermagem que por ventura venha a causar algum tipo de risco na assistência e, nesse sentido, a interação faz toda a diferença. (BROCA; FERREIRA, 2015).

P8 - *“A falta de comunicação de Paciente equipe de enfermagem e médica”.*

P9 - *“Às vezes falta de comunicação da equipe e com a paciente para esclarecer certas perguntas sobre o checklist”.*

P10 - *“Falta de comunicação nem todas relatam realmente o que é como as doenças”.*

Nogueira e Rodrigues (2015) em pesquisa sobre comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente consideram que o trabalho em equipe é complexo e é considerado impulsionador de transformações, sendo a comunicação efetiva ponto-chave. Para uma cultura organizacional positiva, esse aspecto representa constante desafio, e requer avaliação permanente, em que pesem as experiências vivenciadas e compartilhadas. Consideram a relevância da temática enfoco no campo da saúde e enfermagem contemporânea, associado à vivência prática em situações que são causadas por falhas no trabalho em equipe e na comunicação entre os profissionais multidisciplinar bem como a relação com o cliente, para a qualidade dos cuidados em saúde e a segurança do cliente.

## SUGESTÕES SOBRE A TEMÁTICA

O tema sobre *Checklist* do Parto seguro é considerado um instrumento útil e importante na organização das tarefas essenciais para ofertar qualidade e segurança, sendo que os participantes ofereceram sugestões como torna-lo mais práticos, que os profissionais deem mais importância ao uso do instrumento; realizar uma comunicação efetiva com a equipe e cliente, o contato real com o paciente tendo respeito a cada opinião:

P1 - *“Foi um tema muito interessante, devemos sim ter respeito a cada opinião de uma gestante, devemos respeitar o que ela opte no seu parto, mas com o checcklist seguro e um pré-natal e seu obstetra”.*

P9 - *“O checklist vindo em si para ser uma coisa fácil e de grande importância, porem muitas vezes pela correria do dia a dia, acaba sendo difícil. Talvez se tivesse uma coisa para torná-lo mais prático e mais seguro, e ou os próprios funcionários sendo médicos também dar mais importância para ele”.*

Vivências no cotidiano profissional, assim como a literatura onde destacam Nogueira e Rodrigues (2015), têm indicado que a comunicação ineficaz repercute em cuidado inseguro. Ao pensar sobre comunicação no trabalho de equipes interdisciplinares em saúde, evidenciou-se que programas de treinamentos de habilidades de comunicação, simulações práticas e maneiras padronizadas para apresentar informações do cliente, estabelecem formas efetivas para transpor barreiras à comunicação ineficaz. Assim, uma

cultura organizacional com missão embasada em objetivos e estratégias com efetivas configurações de comunicação, refletirá positivamente nos processos assistenciais e, conseqüentemente, na qualidade dos serviços e segurança do cliente.

P7 - *“Precisamos realizar estas comunicações coerentes, para todos ‘pacientes’ clientes, para toda equipe, para cada vez mais ter certeza e controle no atendimento adequado para cada ‘paciente’ cliente”.*

As sugestões ajudam continuamente nas práticas de trabalhando esclarecendo e indicando possíveis melhorias com os colaboradores que utilizam este instrumento diariamente. A partir das sugestões possibilita o encorajando para pensar novas práticas de aperfeiçoamento na assistência do parto seguro. (OMS, 2017).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A prática do uso do instrumento proporciona uma maior qualidade na assistência, auxiliando os profissionais multidisciplinar responsáveis durante a checagem dos itens, prestando os cuidados necessários em todo o processo de Parto e nascimento.

Evidenciou se a partir desta pesquisa que a percepção da equipe de enfermagem sobre o uso do checklist do parto seguro tem como centro do cuidado a parturiente e o recém-nascido e suas práticas assistenciais estão voltadas a segurança do cliente.

Os Resultados da da pesquisa denotam que a equipe de enfermagem realiza a aplicação do *checklist* do Parto Seguro garantindo a qualidade nos registros com uso do instrumento corretamente onde permite a análise de todo processo que está sendo realizado na assistência prestada pela equipe de enfermagem. A realização do *checklist* do Parto Seguro proporciona melhoria na comunicação da equipe e um melhor atendimento.

Nesta perspectiva considera-se que a percepção da equipe de enfermagem sobre o uso do *Checklist* do Parto Seguro, reconhece a aplicabilidade do instrumento bem como o conhecimento sobre a segurança do parto. Identificando as potencialidades e as fragilidades presentes no uso do instrumento relacionados a necessidade de garantir a segurança das práticas assistenciais. A comunicação e participação ativa da equipe multiprofissional aparecem como meio importante para investimento nas relações e para a realização do *checklist*, em contrapartida a resistência por parte de alguns colaboradores da equipe multiprofissional.

Este modelo de segurança para o parto seguro, amplia as possibilidades de parto seguro nesta instituição.

## **REFERÊNCIAS**

BRASIL. Ministério do Trabalho. **Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde**. 2005. Disponível em: <<http://trabalho.gov.br>>. Acesso em: 31 out. 2017.

---

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Fundação Oswaldo Cruz, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BROCA, Priscilla Valladares; FERREIRA, Márcia de Assunção. Processo de comunicação na equipe de enfermagem fundamentado no diálogo entre Berlo e King. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.19, n.3, p.467-474, 2015.

CARPES, Fabiano Fraga; RESSEL, Lucia Beatriz; STUMM, Karine Eliel. Assistência pré-natal sob a ótica de gestantes e familiares. **Saúde Santa Maria**, Santa Maria, v.42, n.2, p.41-48, jun., 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br>>. Acesso em: 29 nov., 2017

COPELLI, Fernanda Hannah da Silva et al. Compreendendo a governança da prática de enfermagem em um centro obstétrico. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.19, n.2, 2015. Disponível em: <<http://scielo.br>>. Acesso em: 29 out. 2017.

DODOU, Hilana Dayana et al. Sala de parto: condições de trabalho e humanização da assistência. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v.25, n.3, p.332-338, 9 out., 2017. Disponível em: <<http://scielo.br>>. Acesso em: 29 out. 2017.

GOMES, Cátia Denise Perez Pereira et al. Percepção de uma equipe de enfermagem sobre a utilização do checklist cirúrgico. **Sobecc**. São Paulo, p.140-145, 22 jul., 2016a.

GOMES, Andréa Tayse de Lima et al. Erros na administração de medicamentos: evidências e implicações na segurança do paciente. **Cogitare Enferm**. Parana, v.21, n.3, p.01-11, set., 2016b.

MARIA, Fernanda Lidório et al. O significado do parto humanizado para os profissionais e as gestantes do inanna. In: JERONIMO, Rosa Nadir Teixeira (Org.). **Parto humanizado: o nascimento em ambiente amortizado**. Criciúma, 2017.

MONTEIRO, Fátima; SILVA, Luciana Rodrigues. “Checklist” Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: avaliação e intervenção. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v.12, n.4, p.482-485, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2008.

NEVES, Heliny Carneiro Cunha et al. A segurança dos profissionais da área da saúde na perspectiva da integralidade: uma reflexão teórica. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v.13, n.4, p.770-775, dez., 2014.

NOGUEIRA, Jane Walkiria da Silva; RODRIGUES, Maria Cristina Soares. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v.20, n.3, p.636-640, jul., 2015. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br>>. Acesso em: 01 nov. 2017.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Guia de Implementação da Lista de Verificação**

**da OMS para Partos Seguros:** melhorar a qualidade dos partos realizados em unidades de saúde para as mães e os recém-nascidos. [WHO safe childbirth checklist implementation guide: improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns]. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2017.

ROSCANI, Alessandra Nazareth Cainé Pereira et al. Validação de checklist cirúrgico para prevenção de infecção de sítio cirúrgico. **Acta paul. enferm.** São Paulo, v.28, n.6, p.553-565, dez. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 03 nov., 2017.

WALDOW, Vera Regina. Cuidado colaborativo em instituições de saúde: a enfermeira como integradora. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.23, n.4, 2014.

# PRINCIPAIS FATORES DE ABSENTEÍSMO NA ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL DE MÉDIO PORTE DO SUL CATARINENSE

## MAIN FACTORS OF ABSENTEEISM IN THE NURSING OF A MIDSIZE HOSPITAL SUL CATARINENSE

Jonatan dos Santos Carlos da Silva<sup>1</sup>  
José Otavio Feltrin<sup>2</sup>  
Magada Tessman Schwalm<sup>3</sup>  
Sonia Maria Correa<sup>4</sup>

Recebido em: 01 dez. 2017  
Aceito em: 10 jun. 2018

**RESUMO:** Estudo com objetivo de conhecer os principais fatores de absenteísmo entre funcionários da equipe de enfermagem de um hospital geral do Sul Catarinense. É um estudo com abordagem quantitativa, retrospectiva, descritiva, com corte transversal, realizado por meio de pesquisa de dados secundários ou documental. A pesquisa foi realizada no período de outubro a novembro de 2017 no setor de Recursos Humanos (RH) do referido hospital onde foram utilizados os prontuários dos funcionários da equipe de enfermagem que estiveram afastado no primeiro semestre de 2017. Em todos os momentos que se discute a saúde do trabalhador é importante colocar que é necessário repensar a organização do trabalho, as estruturas e modelos gerenciais e organizacionais, investir em programas de promoção a saúde dos trabalhadores, em ambientes de trabalho saudáveis, em número de recursos humanos suficientes para a demanda de trabalho e, sobretudo, em valorização do trabalhador com jornada de trabalho e remuneração justa e digna.

**Palavras-chave:** Absenteísmo. Enfermagem. Trabalho.

**ABSTRACT:** Study in order to know the main factors of absenteeism among employees of the nursing staff of a general hospital in the South of Santa Catarina. Is a study with quantitative approach, retrospective, descriptive, with cross-section, accomplished through secondary data or documentary research. The survey was conducted in the period from October to November 2017 in the human resources (HR) of the hospital where they were used the medical records of employees of the nursing staff who were away in the first half of 2017. At all times that it comes to worker's health is important it is necessary to rethink the organisation of work, structures and managerial and organizational models, investing in programs to promote the health of workers, in healthy work environments, in number of sufficient human resources for work and, above all, in appreciation of the worker with working and fair and worthy compensation.

**Keywords:** Absenteeism. Nursing. Work.

<sup>1</sup> Enfermeiro – UNESC. E-mail: [jonatasanto@hotmail.com](mailto:jonatasanto@hotmail.com).

<sup>2</sup> Enfermeiro – Mestre em Saúde Coletiva. Universidade do Sul de Santa Catarina, UNISUL, E-mail: [bimbauro@unesc.net](mailto:bimbauro@unesc.net).

<sup>3</sup> Enfermeira – Doutorado em Ciências da Saúde. Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, E-mail: [magadatessman@gmail.com](mailto:magadatessman@gmail.com).

<sup>4</sup> Enfermeira – Especialização em Saúde Mental. Universidade do Extremo Sul Catarinense, UNESC, E-mail: [soncorrea@yahoo.com.br](mailto:soncorrea@yahoo.com.br).

## INTRODUÇÃO

Lorenzetti et al. (2014) diz que as atividades de gestão são constitutivas da prática da enfermagem, em especial do enfermeiro, desde a institucionalização da profissão, em meados do século XIX. Destaca-se nesse contexto do SUS a atuação dos enfermeiros em cargos de direção nos diversos níveis das instituições de saúde, desde a direção de unidades básicas de saúde, funções em nível central das esferas municipal, estadual e federal, bem como direção de órgãos de enfermagem em instituições hospitalares e coordenação de unidades assistenciais neste nível de atenção.

Nos dias atuais sabemos que a segurança do trabalho e saúde são indispensáveis quando a finalidade é conservar um ambiente de trabalho saudável e produtivo na organização. Sabemos que todas as empresas estão sujeitas a fiscalização de órgãos do governo, como as Delegacias Regionais do Trabalho (DRT'S) e o Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS), bem como propensos de demandas na Justiça do Trabalho, tais como indenizações, ações criminais e cíveis. A importância da segurança deve ser valorizada todos os dias pelas empresas e seus colaboradores devido sua relevância e deve ser ainda ser praticada por todos que se preocupam com sua própria saúde. (SELL, 2012).

Segundo Oenning, Carvalho e Lima (2012), o absenteísmo é considerado como um período de ausência laboral que se aceita como atribuível a uma incapacidade do indivíduo, exceção feita para aquela derivada de gravidez normal ou prisão. A ausência ao trabalho por uma doença ou situação de saúde (gravidez) é validada com a apresentação de um atestado médico. Muitos estudos brasileiros se utilizaram de buscas documentais em arquivos médicos na tentativa de explicar o fenômeno absenteísmo.

O tema abordado para pesquisa foi escolhido de comum acordo entre o autor do projeto juntamente com o orientador, tendo em vista que a cada dia mais e mais profissionais estão se afastando do trabalho por motivos de doença, muitas vezes adquiridas dentro do ambiente de trabalho, seja ela física ou mental, assim como por não suportarem a sobrecarga de trabalho ocasionada pela falta de profissionais em seus setores, este é apenas uma das causas que levam ao afastamento.

A sobrecarga de trabalho pode ocasionar muitos problemas de saúde nos profissionais, principalmente na área da enfermagem que o profissional está lidando diretamente com o paciente. As pessoas têm a visão de que o técnico ou o enfermeiro não passam por complicações de saúde, mas todos são seres humanos possuem a possibilidade de ficarem doentes e sentirem dores, por isso a escolha deste tema de pesquisa. Será realizado um levantamento de dados que possa mostrar o quanto o profissional da enfermagem pode ser vulnerável quando se trata de saúde e doença, para saber o que pode estar ocasionando este problema que o faz ficar afastado do trabalho.

Os fatores de risco, presentes em ambientes, onde o trabalhador pode ser obrigado a manter um ritmo acelerado com a finalidade de garantir uma maior produção. (SINECOFI, 2010).



Os principais fatores que levam os profissionais da área da enfermagem a se afastar do trabalho estão relacionados aos problemas de coluna e transtornos mentais. Os profissionais de enfermagem que tem registro de afastamento, são na maioria pessoas com mais de 45 anos, com tempo de atuação superior a 15 anos neste trabalho, a maioria trabalha em setores que requer cuidados de maior complexidade. A maior parte dos profissionais com afastamento por doença e em setores que exigem mais esforço físico dos profissionais onde o paciente encontrasse mais debilitado.

Com o intuito de conhecer os principais fatores que levam os profissionais de enfermagem a se afastarem do trabalho, tem-se como objetivo conhecer os principais fatores do absenteísmo entre os funcionários da equipe de enfermagem de um hospital do Sul de Santa Catarina.

## **MÉTODO**

Estudo com abordagem quantitativa, retrospectiva, descritiva, com corte transversal, realizado por meio de pesquisa de dados secundários, conhecida como pesquisa documental. Foram quantificados dados obtidos através da análise de registros encontrados do primeiro semestre de 2017, todas informações encontradas foram descritas passo a passo no decorrer da pesquisa, que servirão para futuras análises estatísticas para reduzir os índices de afastamento do trabalho.

Trata-se de um estudo com finalidade descritiva cujo método de abordagem a ser utilizado é o indutivo. O método de procedimento se deu com o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados em um hospital do sul de Santa Catarina. O procedimento de pesquisa caracterizou-se como bibliográfico e de levantamento. A pesquisa teve como fonte primaria textos de referências nacionais enfatizando temas relacionados aos motivos de afastamento do trabalho. Estes textos servirão como base para o alcance dos objetivos citados.

A pesquisa foi baseada na busca documental quantitativo com instrumento para coleta de dados elaborado pelo autor do projeto. Além disto também buscou identificar os motivos específicos que levam cada um dos funcionários a buscarem atendimentos médicos na própria instituição. Contudo, foi feita uma amostragem não probabilística definido como público alvo os colaboradores do setor de enfermagem em um hospital do sul de Santa Catarina.

Richardson (1999) aponta ainda que nos estudos descritivos, o método de pesquisa quantitativo é frequentemente aplicado naqueles que procuram descobrir e classificar a relação entre as variáveis, assim como os que investigam a relação entre os fenômenos.

Pesquisa exploratória “permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de um determinado problema. Consiste em explorar tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno.” (LEOPARDI, 2002, p.119).

O estudo foi desenvolvido em um hospital de médio porte, sendo um ponto estratégico e de fácil acesso para quem chega ao município, já que está inserido na porta de entrada da cidade. A pesquisa foi realizada nos setores de RH e Segurança do trabalho.

O hospital conta com um total de 132 funcionários, destes 76 profissionais são da área da enfermagem divididos em 16 enfermeiros, 55 técnicos de enfermagem e 5 auxiliares de enfermagem, os demais desempenham outras funções dentro da instituição.

O hospital não conta com SESMT, o setor de segurança do trabalho e composto apenas por uma técnica em segurança do trabalho e um médico do trabalho.

Por se tratar de um estudo com coleta de dados secundários não houve abordagem direta aos participantes, sendo os dados obtidos através dos registros de afastamento da equipe de enfermagem (prontuários). Fizeram parte da pesquisa todos os profissionais de enfermagem que estiveram afastados no período de janeiro a junho de 2017.

Para coleta de dados foi utilizado uma ficha de coleta elaborada pelo autor do projeto, foram utilizados registros de dados que comprovaram o afastamento dos profissionais da enfermagem tais como declarações, atestados concedidos por médicos, exames e/ou prontuário dos profissionais que estiveram afastados no primeiro semestre de 2017. Para identificar os funcionários da equipe de enfermagem foi solicitado auxílio de um (a) funcionário (a) do setor onde ocorreu a coleta dos dados.

Como critério de inclusão dos sujeitos praticantes da pesquisa utilizou-se: fazer parte do quadro de funcionários do hospital em questão; ser auxiliar ou técnico de enfermagem e enfermeiros; ter ficado afastado em algum período do primeiro semestre de 2017.

Na fase de análise de dados quantitativos, as informações foram quantificadas através do *Microsoft Office Excel* e apresentados por meio de análise quantitativa. Para análise dos dados coletados, realizou-se a tabulação dos dados obtidos através do instrumento de pesquisa, através da elaboração de tabelas e análise das respostas.

Por se tratar de um estudo quantitativo, a pesquisa não ofereceu riscos de confiabilidade e /ou privacidade, pois o risco será amenizado pela privacidade mantida; não sendo divulgados os dados relatados encontrados nos registros.

Não existem riscos presumíveis, desde que resguardados os valores éticos recomendados pela Resolução 510/2016 da Pesquisa com seres humanos; sendo garantido aos sujeitos participantes o anonimato e sigilo referente aos dados obtidos por meio de registros destes profissionais.

## **APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

Após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em pesquisa da UNESC sob o parecer 2.328.588/2017 foi iniciada a coleta de dados. Para tanto foi seguido um roteiro preestabelecido, para analisar o prontuário dos funcionários que estiveram afastados em

algum momento no primeiro semestre de 2017 os quais foram apresentados pela técnica de segurança do trabalho da instituição. O número de afastamento previsto inicialmente foi de 18 funcionários. O roteiro seguido foi elaborado através dos objetivos específicos com as seguintes informações: idade, sexo, tempo de trabalho último afastamento, tempo de afastamento, motivo do afastamento, cargo que ocupa, setor que trabalha, turno de trabalho, formação profissional e município que reside.

## CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PROFISSIONAIS ATUANTES NA ATENÇÃO

### HOSPITALAR

De acordo com o quadro a seguir a faixa etária com maior índice de absenteísmo, destacou-se aquela entre 37 e 42 anos, o que equivale a 33,33% (6), seguindo-se as faixas de 55 e 60 anos, com 27,78% (5), de 31 e 36 com 22,22% (4), de 25 e 30 com 11,11% (2) e por ultimo de 43 e 48 anos com 5,58% (1).

**Quadro 1** - Faixa etária dos profissionais afastados por doença no período de janeiro a junho 2017

| Faixa etária (anos) | Número | %     |
|---------------------|--------|-------|
| 25 a 30             | 2      | 11,11 |
| 31 a 36             | 4      | 22,22 |
| 37 a 42             | 6      | 33,33 |
| 43 a 48             | 1      | 5,56  |
| 49 a 54             | 0      | 0     |
| 55 a 60             | 5      | 27,78 |
| Total               | 18     | 100   |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Ao comparar-se com estudos já realizados, pode-se citar Abreu e Simões (2009), que destacou que entre 30 e 49 anos, equivalente a 29,24% (112), seguindo-se as faixas de 40 a 49 anos, com 23,76% (91), de 21 a 29, com 22,98% (88), de 50 a 59 anos, com 20,63% (79), e por último, de 60 a 67 anos, com 3,39% (13 profissionais), podemos ver semelhanças entre os resultados encontrados pois indiferente do número de profissionais analisados entre uma pesquisa e outra destacamos que a maior faixa etária acometida foi aquela entre 30 e 49 anos, dando evidências que quanto mais avançada a idade do individuo menor será sua adaptação a mudanças na rotina de trabalho, e assim aumentando o sua ausência de suas funções.

Em relação ao perfil dos profissionais incluídos no estudo 100% dos participantes eram do sexo feminino; a média de idade foi de 39 anos. Quanto ao nível de instrução 83,33% tem ensino médio completo e 16,7% nível superior completo. O setor de atuação dos profissionais incluídos no estudo são: 44,44% trabalham na clínica médica; 27,8% trabalham no pronto-socorro; 16,7% trabalham na clínica cirúrgica, 5,55% trabalham no centro obstétrico e no faturamento.

**Quadro 2 - Perfil sócio demográfico dos profissionais de enfermagem atuantes na atenção hospitalar**

| <b>Características</b>   | <b>N(%)ou mediana (mín-máx)</b> |
|--------------------------|---------------------------------|
| <b>Gênero</b>            |                                 |
| Feminino                 | 100%                            |
| <b>Idade</b>             |                                 |
|                          | 39 (25-60)                      |
| <b>Escolaridade</b>      |                                 |
| Nível Técnico            | 15 (83,33%)                     |
| Ensino Superior Completo | 3 (16,67%)                      |
| <b>Setor de Atuação</b>  |                                 |
| Centro obstétrico        | 1 (1,55)                        |
| Pronto-Socorro           | 5 (27,8%)                       |
| Clínica Médica           | 8 (44,44%)                      |
| Clínica Cirúrgica        | 3 (16,7%)                       |
| Faturamento              | 1 (5,55%)                       |
| <b>Total</b>             | <b>18 (100%)</b>                |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2017.

Atualmente, o absenteísmo relacionado às enfermidades/doenças alcançam altos índices nas organizações de trabalho, refletindo em altos custos tanto para as organizações, como para a sociedade. Em estudo indica que o Estado de São Paulo gasta por ano R\$ 290,5 milhões com servidores públicos que faltam ao trabalho por motivos de saúde. (IWASSO apud FLORES et al., 2016).

Segundo Flores et al. (2016), as acentuadas transformações no mundo do trabalho têm suscitado uma crescente preocupação com relação à saúde do trabalhador como ação preventiva do absenteísmo. A presença do absenteísmo excessivo traz consequências desastrosas às organizações, refletindo sobremaneira na queda da produtividade e no consequente aumento dos custos da produção. Por outro lado, o fenômeno do absenteísmo, numa perspectiva sistêmica de análise das relações homem trabalho organização, pode ser tomado como sinal, e porque não dizer 'sintoma', de que também o trabalho, tal como se encontra em desenvolvimento no seio da organização, afeta o trabalhador de forma prejudicial, ou seja, a existência do absenteísmo em grau significativo denuncia a atuação negativa e destrutiva de um mal estar e, portanto, prejuízos que ocorrerão numa via de mão dupla: atingindo primeiramente o corpo e o psiquismo do trabalhador e a já citada produtividade organizacional secundariamente. No entanto, deve-se considerar que o trabalho também pode significar sofrimento psíquico, alienação, comprometimento da saúde física e mental do trabalhador.

Segundo Maslach e Leiter (1999 apud FLORES et al., 2016), as principais causas do acentuado desgaste físico e mental dos trabalhadores são:

- a) O excesso de trabalho, que os obriga a se desdobrarem e aumentar significativamente o ritmo de trabalho;
- b) Políticas organizacionais que reduzem a autonomia e a liberdade do trabalhador;
- c) O trabalho executado não ser satisfatório e recompensado adequadamente;

d) O aumento da competitividade das pessoas dentro das organizações e decorrente diminuição da solidariedade entre elas , gerando um aumento de conflitos internos e empobrecendo o verdadeiro sentido do trabalho em equipe;

e) A falta de equidade, ou seja, as pessoas não são respeitadas e não tem o reconhecimento necessário;

f) A presença de conflitos de valores, o qual leva a um desequilíbrio entre as exigências do trabalho e os princípios pessoais e éticos.

Os efeitos do absenteísmo nas instituições são negativos, pois devido a este fator, ocorre grande queda na produtividade do trabalho. (PENNATTI FILHO; ZAGO; CALHAS, 2006; FLORES et al., 2016).

Como pode-se observar no quadro anterior existe um predomínio do sexo feminino na área da enfermagem, estes estão expostos diariamente a condições estressantes e exaustivas no trabalho, podendo apresentar maior risco do que se fossem comparados a profissionais do sexo masculino. Entretanto este trabalho evidencia como limitação para confirmação desta hipótese, tendo em vista que não aparecem profissionais do sexo masculino com registros de afastamento de suas atividades, assim havendo uma necessidade de outras investigações que possam confirmar esse aspecto.

No hospital pesquisado 11 (61,11%) residem em Içara e 07 (38, 89%) residem em Criciúma.

Quanto ao nível de qualificação dos profissionais, observamos que entre técnicos de enfermagem e enfermeiros, a prevalência de trabalhadores afastados e maior entre técnicos de enfermagem totalizando 88% dos profissionais afastados do trabalho.

Este dado é um tanto quanto preocupante pois segundo estudo realizado em um hospital universitário de Goiânia - GO, por Marques et al. (2015), esses profissionais representam o maior contingente da força de trabalho da equipe de enfermagem. Suas ausências comprometem a assistência prestada e, conseqüentemente, desestruturam a equipe por gerar sobrecarga de atividades aos demais trabalhadores.

Quando o profissional de saúde fica exposto de forma prolongada ao estresse ocupacional é necessário atentar para a síndrome de desgaste profissional, em que o profissional poderá apresentar altos níveis de exaustão emocional, em que ocorre redução de recursos emocionais dos profissionais e esta condição podem apresentar menor rendimento profissional. (KHAMISA; PELTZER; OLDENBURG, 2013).

Em relação ao setor que cada profissional atua dentro da instituição estudada, podemos observar que 44,44% atuam na clínica médica, 27,8% no pronto Socorro, 16,7% na clínica cirúrgica, e 1,55% no centro obstétrico e faturamento. Como pode-se constatar a prevalência maior de atuação e também tem o maior índice de afastamento, são nos setores da clínica medica com 87,5% dos afastados são técnicos de enfermagem e 12,5% são enfermeiros e no pronto Socorro são 80% técnicos de enfermagem e 20% enfermeiros.

Pode-se entender que os elevados índices de afastamento por esses profissionais

que dedicam se incansavelmente no cuidado aos pacientes, alguns fatores de risco que podem ser levados em conta são, as intensas e ininterruptas jornadas de trabalho que exigem tanto a parte física como mental dos trabalhadores, e as sobrecargas de trabalho uma vez já citado anteriormente muitas vezes a demanda de pacientes é excessiva, muito além da quantidade de profissionais que possam suprir essas necessidades.

**Quadro 3** - Tempo de trabalho, turno, tempo de afastamento e cidade em que reside afastados dos profissionais afastados

| <b>Tempo de Trabalho.</b> | <b>Turno de Trabalho.</b> | <b>Tempo de Afastamento.</b> | <b>Município de Residência</b> |
|---------------------------|---------------------------|------------------------------|--------------------------------|
| 26                        | Noturno                   | 2                            | Criciúma                       |
| 10                        | Integral                  | 5                            | Içara                          |
| 16                        | Noturno                   | 120                          | Içara                          |
| 2                         | Vespertino                | 7                            | Içara                          |
| 1                         | Integral                  | 1                            | Criciúma                       |
| 7                         | Noturno                   | 1                            | Criciúma                       |
| 1                         | Integral                  | 7                            | Criciúma                       |
| 1                         | Integral                  | 1                            | Criciúma                       |
| 26                        | Matutino                  | 10                           | Içara                          |
| 3                         | Vespertino                | 65                           | Criciúma                       |
| 26                        | Matutino                  | 3                            | Içara                          |
| 5                         | Vespertino                | 15                           | Içara                          |
| 26                        | Matutino                  | 5                            | Içara                          |
| 6                         | Noturno                   | 120                          | Içara                          |
| 5                         | Vespertino                | 10                           | Içara                          |
| 3                         | Vespertino                | 7                            | Içara                          |
| 1                         | Integral                  | 1                            | Criciúma                       |
| 5                         | integral                  | 120                          | Içara                          |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

A idade também foi um fator relevante, contou com uma amostra de profissionais com idade entre 25 e 60 anos, e com tempo de experiência 1 a 26 anos de trabalho, assim como diversos estudos realizados entre trabalhadores da enfermagem.

Como pode-se observar no quadro acima, em relação ao turno de atuação pode-se destacar que 33,33%(6) dos profissionais ausentes do trabalho atuam no período integral, 27,77% (5) atuam no período vespertino, 16,67% (3) atuam no período matutino e 22,22% (4) no período noturno. Podemos destacar que a prevalência de afastamento do trabalho é predominante nos profissionais que atuam no turno matutino e vespertino respectivamente.

Em comparação com pesquisa realizada por Abreu e Simões (2009), as ausências em relação ao turno de trabalho, observou-se que 153 (40,91%) profissionais estão lotados no turno da noite; 130 (34,76%) estão no turno da manhã; 93 (24,87%) encontram-se no turno da tarde e 7 (1,87%) realizam horário administrativo.

Tendo em vista que a amostra do presente estudo foi relativamente pequena comparado com os resultados apresentados por Inoue et al. (2008) apud Abreu e Simões (2009) em estudos realizados em um hospital universitário revela que os profissionais do período noturno se ausentam com maior frequência do trabalho por motivos de alterações

fisiológicas decorrentes da falta de sincronismo entre seu ritmo circadiano e o prolongamento do período de vigília. Estas alterações orgânicas predis põem ao comprometimento da capacidade de concentração e, além disso, interferem no convívio familiar, em razão da incompatibilidade de horário.

## MOTIVOS DE AFASTAMENTO

Em relação aos motivos de afastamento relacionado a licença gestacional; ameaça de aborto e pós parto ocorreu em 33,32% dos casos; 11,11% procedimento odontológico; 11,10% problemas ortopédicos; 5,55% problemas cardíacos; conjuntivite; náusea e vomito; gripe; transtorno afetivo bipolar, episódios depressivos, ansiedade generalizada.

Destaca-se que 16,66% dos casos de afastamento do trabalho da equipe de enfermagem do Hospital pesquisado estão sem identificação; demonstrando a subnotificação.

**Quadro 4** - Motivo do afastamento (N=18)

| Motivos de Afastamento  | N  | %     |
|---|----|-------|
| Angina instável – Cateterismo   | 1  | 5,55  |
| Luxação   | 1  | 5,55  |
| Dor no pé direito   | 1  | 5,55  |
| Transtorno afetivo bipolar, episódios depressivos, ansiedade generalizada | 1  | 5,55  |
| Conjuntivite  | 1  | 5,55  |
| Pós parto fraqueza  | 1  | 5,55  |
| Gripe   | 1  | 5,55  |
| Náusea e vomito   | 1  | 5,55  |
| Procedimento odontológico   | 2  | 11,11 |
| Ameaça de aborto  | 2  | 11,11 |
| Licença gestação  | 3  | 16,66 |
| Sem identificação   | 3  | 16,66 |
| Total   | 18 | 100%  |

**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

A angina instável com a necessidade de cateterismo foi identificada como motivo de afastamento em 5,55% dos casos, em profissional do sexo feminino, 56 anos; técnica de enfermagem; tempo de trabalho 3 anos.

Em pesquisa de Santos e França (2013) identificou que o estresse e o sedentarismo são importantes fatores de risco para doença arterial coronariana e que acometem cerca de 50% dos envolvidos, sendo estes pertencentes à equipe de enfermagem.

A doença arterial coronariana é considerada um problema de saúde grave com alta morbidade e mortalidade; sendo relevante a implementação de programas de promoção a saúde com adoção de hábitos saudáveis e ações preventivas para evitar complicações. (SANTOS; FRANÇA, 2013).

Segundo Custodio et al. (2011) existe elevados índices de morbimortalidade nos profissionais da saúde, em especial as doenças crônico-degenerativas, a exemplo das

cardiovasculares, sendo importante o desenvolvimento de ações centradas na saúde do trabalhador.

As ausências do trabalho relacionadas a problemas ortopédicos como luxação e dores no pé aparecem com 5,55% cada uma totalizando 11,1% das causas de afastamento do trabalhador.

Marques et al. (2015) relata que devido às características do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem e o grande risco de desenvolver doenças osteomusculares, é necessário adequar o ambiente de trabalho, visando amenizar os riscos para a saúde desse trabalhador.

Em relação às doenças osteomusculares, a Organização Mundial de Saúde (2007) designou o decênio de 2000 a 2010 como a década do osso e da articulação, devido ao número crescente das doenças e lesões osteoarticulares que incidem na população mundial. Estima-se que, estas serão a causa de maiores gastos com saúde e um dos motivos mais frequentes de absenteísmo laboral e de invalidez permanente.

Segundo Lima et al. (2014) as condições de trabalho têm impacto na capacidade de trabalhar e a dor sentida pelos trabalhadores é um dos fatores nocivos para sua saúde física e mental. Assim, relacionar a dor às características sócio-demográficas e trabalhistas dos trabalhadores pode fornecer subsídios para as mudanças a serem feitas, adaptando o ambiente de trabalho de acordo com as condições dos profissionais que trabalham nela. A dor está desabilitando. Os trabalhadores que sofrem de distúrbios musculoesqueléticos muitas vezes são classificados no ambiente de trabalho como queixosos. No entanto, deve-se levar em conta que, geralmente, o diagnóstico desses distúrbios é clínico, uma vez que não apresentam características externas. Portanto, é importante considerar a possibilidade de uma participação ativa e coletiva de trabalhadores em luta por melhores condições de trabalho como prioridade.

Os transtornos mentais estão entre os principais causadores do afastamento do trabalho, sendo diversos os motivos que levam ao adoecimento mental. Mas decorrer deste estudo ficou evidenciado perante os registros encontrados que o afastamento por doença mental não foi um fator predominante entre as doenças encontradas apenas 1,55% dos funcionários estiveram ausentes do trabalho por este motivo.

Santana et al. (2016), em estudo realizado em um hospital do sul do Brasil entre os trabalhadores de saúde 18% foram entre profissionais de enfermagem, cuja prevalência ocorreu entre trabalhadores do sexo feminino, correspondente a 76,36%. A faixa etária predominante foi entre 21 a 30 anos, totalizando 34,54%. Quanto às causas de afastamento, o estudo nos permitiu observar uma frequência significativa de episódios depressivos, totalizando 52,72% dos transtornos mentais. A segunda maior ocorrência foi evidenciada para os transtornos ansiosos com 18,18% da amostra.

Quando o profissional de saúde fica exposto de forma prolongada ao estresse ocupacional é necessário atentar para a síndrome de desgaste profissional, em que o profissional poderá apresentar altos níveis de exaustão emocional, em que ocorre redução



---

de recursos emocionais dos profissionais e a esta condição podem apresentar menor rendimento profissional. (KHAMISA; PELTZER; OLDENBURG, 2013).

De acordo com Silva Junior e Fischer (2015), uma publicação conjunta da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) chamou a atenção para a relevância da relação entre fatores psicossociais no trabalho e repercussão sobre a saúde dos trabalhadores.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1993) que publica o CID-10, é recomendada a utilização do termo transtorno em substituição a expressões como doença ou enfermidade, que causam polêmica. Trata-se do CID-10 de um documento técnico da área que padroniza a nomenclatura utilizada pelos profissionais da área de saúde. Assim, transtorno é utilizado para “indicar a existência de um conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis, associados, na maioria dos casos, a sofrimento e interferência com funções pessoais.” (OMS, 1993, p.5). Existem diversos tipos de transtornos, destacando-se para este estudo os transtornos do humor (afetivos), que incluem as manias, a bipolaridade, depressão e outros; transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes, onde estão as fobias, o pânico, a obsessão, a compulsão e o estresse grave; síndromes comportamentais associadas a perturbações fisiológicas e fatores físicos, onde são encontrados os transtornos alimentares, os transtornos do sono, disfunções sexuais e abusos de substâncias que não produzem dependência. (OMS, 1993).

Segundo Bosaipo, Borges e Jurema (2016) o Transtorno Bipolar (TB), também conhecido como ‘transtorno afetivo bipolar’ e originalmente chamado de ‘insanidade maníaco-depressiva’, é uma condição psiquiátrica caracterizada por alterações graves de humor, que envolvem períodos de humor elevado e de depressão (polos opostos da experiência afetiva) intercalados por períodos de remissão, e estão associados a sintomas cognitivos, físicos e comportamentais específicos.

De com o HOSP (2017) a conjuntivite também é motivo de afastamento em 5,55% dos casos, uma doença que se caracteriza pela inflamação da conjuntiva, causada por agentes tóxicos, alergias, bactérias ou vírus. A conjuntiva é a membrana transparente que recobre o globo ocular e a parte interna da pálpebra. A conjuntivite viral é altamente contagiosa, frequente no verão, e apesar de não ser grave provoca muito incômodo e alguns cuidados devem ser tomados para que não se transforme em epidemia. Geralmente compromete os dois olhos, não necessariamente ao mesmo tempo, sendo o contágio feito pelo contato direto com a pessoa doente ou objetos contaminados. Esta contaminação ocorre com maior facilidade em ambientes fechados como escolas, creches e ônibus. Os principais sintomas da conjuntivite são: olho vermelho e lacrimejante; inchaço nas pálpebras; intolerância à luz; visão embaçada; visão borrada.

A secreção da conjuntivite viral é mais esbranquiçada, em pequena quantidade e demorando aproximadamente 15 a 20 dias para desaparecer com tratamento adequado. A secreção da conjuntivite bacteriana é mais amarelada e abundante. Demorar de 5 a 7 dias para desaparecer com tratamento adequado.

Não existe tratamento específico para conjuntivite viral. Para diminuir os sintomas e o desconforto pode-se utilizar soro fisiológico gelado e compressas sobre as pálpebras, limpar os olhos com frequência, ou ainda, usar colírios lubrificantes e lágrimas artificiais.

Ainda assim, algumas medidas podem ser tomadas para se evitar a propagação da conjuntivite viral:

Lavar as mãos com frequência;

Não colocar as mãos nos olhos para evitar a recontaminação;

Evitar coçar os olhos para diminuir a irritação da área;

Não usar medicamentos (pomadas, colírios) sem prescrição (ou que foram indicados para outra pessoa);

Lavar as mãos antes e depois do uso de colírios ou pomadas;

Ao usar, não encostar o frasco de colírios ou da pomada no olho;

Evitar a exposição à agentes irritantes (fumaça) e/ou alérgenos (pólen) que podem causar a conjuntivite;

Não usar lentes de contato enquanto estiver com conjuntivite;

Não usar lentes de contato se estiver usando colírios ou pomadas;

Não compartilhar lençóis, toalhas, travesseiros e outros objetos de uso pessoal de quem está com conjuntivite;

Não usar cosméticos de outras pessoas;

Usar óculos de mergulho para nadar, ou óculos de proteção em casos de trabalho com produtos químicos;

Evitar nadar em piscinas sem cloro ou em lagos.

É importante que haja o acompanhamento do oftalmologista para um diagnóstico preciso e tratamento adequado. A conjuntivite bacteriana deve além desses cuidados, usar colírios e antibióticos prescritos somente pelo oftalmologista.

Em estudo realizado na Universidade Federal da Bahia por Cruz, Kalil e Nunes (2013) há algum tempo foi estabelecida uma relação lógica entre a saúde do trabalhador e a sua qualidade de vida. A saúde bucal, por ser imprescindível à saúde geral do trabalhador, torna-se essencial neste contexto. O benefício da licença para tratamento de saúde é previsto na Lei nº 8.112/90, que dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais.

Em relação aos motivos odontológicos, de acordo com o estudo feito por Martins et al. (2005), as ausências tiveram pouco peso sobre o total de faltas por motivo de doença, além de provocar o afastamento do trabalhador por um período menor. As variáveis idade, sexo, função e regime empregatício influenciaram na ocorrência do absenteísmo ao trabalho. A disponibilidade dessas informações deverá ser muito importante, pois, visto as

---

inúmeras variáveis envolvidas, facilitarão a tomada de decisões das distintas estratégias para sua prevenção.

Martins et al. (2005) ainda diz que os atestados médicos e odontológicos são os únicos instrumentos legais que servem para abonar as faltas ao trabalho por motivo de doença e assegurar o pagamento dos respectivos salários, desde que apresentem a codificação da enfermidade - CID (NOGUEIRA; LAURENTI, 1975 apud MARTINS et al., 2005), conforme especificado por Acórdão do Tribunal Superior do Trabalho (TST) no dissídio da categoria e estatuto municipal. (ARAÇATUBA, 2002; CARRION, 1994; SIME, 2000 apud MARTINS et al., 2005).

No decorrer da pesquisa estiveram em destaque os fatores de afastamento relacionados a saúde da mulher, destes 5,55% alegaram fraqueza no pós parto, 11,11% estiveram afastados por motivos referentes ao aborto e 16.66% por gestação, totalizando 33,32% dos profissionais da enfermagem ausentes do trabalho por motivos relacionados a saúde da mulher.

Para Costa, Santos e Netto (2014) a perda gestacional recorrente da gravidez ou o abortamento de repetição são definidos como a interrupção espontânea e consecutiva de três ou mais gestações, antes da 22ª semana. O atendimento a mulheres com perdas gestacionais de repetição, sejam precoces ou tardias, representa um desafio, em função dos múltiplos fatores envolvidos na etiologia dos insucessos gestacionais.

Como podemos observar as causas do absenteísmo são variadas, tendo em vista que em alguns casos podemos ainda encontrar registro incompletos pode observar no quadro acima descrito, deste modo podemos citar que 16,66% dos afastamentos na enfermagem estavam 'sem identificação' não por falta de diagnóstico mas sim por falta de um registro completo em relação ao afastamento de suas funções na instituição, se remeterem à pesquisa, segundo Chiavenato apud Cobêro e Godoy (2014), em que as ausências estão relacionadas à: doença comprovada; doença não comprovada; razões diversas, familiar; atrasos involuntários; faltas voluntárias por motivos pessoais; dificuldades e problemas financeiros; problemas de transporte; baixa motivação; supervisão precária; políticas inadequadas da organização.

Cobêro e Godoy (2014) afirmam que todas as causas de absenteísmo têm que ser diagnosticadas e deve haver uma ação coordenada da supervisão, para tentar reduzir os atrasos e ausências do pessoal. Os autores explicam que para alcançar os objetivos do levantamento do absenteísmo, as empresas utilizam um ou mais índices para verificar as ausências. Esses índices podem ser mensais, trimestrais, semestral ou anual, dependendo da cultura da empresa e da prioridade estabelecida pela mesma.

Considera-se que a notificação correta e completa dos motivos de afastamento são essenciais para o conhecimento e identificação dos casos e implementação de programas voltados à saúde do trabalhador.

Para Rodrigues e Araújo (2016), observa-se que há muito a se fazer em termos de se combater o absenteísmo, principalmente na forma de como o profissional de saúde é

tratado. Pontuamos que deve haver uma maior valorização profissional por meio da boa remuneração e oferta de um ambiente de trabalho mais adequado às necessidades de serviços realizados. Assim, os profissionais diminuem o número de tarefas e possíveis acidentes de trabalho devido à exaustão física e mental, vindo a adoecer menos e a reduzir os índices dessa problemática.

Para Mininel (2013) esse dado é de extrema importância para a instituição, pois possibilita o reconhecimento dos indivíduos que têm apresentado queixas e afastamentos recorrentes, favorecendo a avaliação individual dos casos e a proposição das intervenções coletivas necessárias.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este estudo buscou conhecer os principais fatores de absenteísmo entre funcionários da equipe de enfermagem de um hospital geral do Sul Catarinense. Os resultados encontrados mostraram que todos os afastamentos foram devido a problemas de saúde, portanto absenteísmo doença. Aparentemente o número de afastamento não foi expressivo, mas relacionando ao número total de funcionário houve 13.63% de afastamento no primeiro semestre de 2017, se relacionarmos ao número total da equipe de enfermagem o número de afastamento foi de 23.68%. Os problemas de saúde encontrados foram variados, sendo que o maior índice de afastamentos destas trabalhadoras foi por motivo de gestação e suas complicações e puerpério. As hipóteses na sua maioria não foram confirmadas tendo em vista que não foi encontrado nenhum problema de coluna, apenas um caso de transtorno mental, o maior número de afastamento foram mulheres com idade entre 25 a 43 anos, que trabalham na clínica médica. O turno de trabalho com maior índice de afastamento foi o matutino/vespertino (9 horas de trabalho diário) e 66.66% das trabalhadoras que se afastaram tinham menos de 15 anos de trabalho.

Os profissionais afastados são todos do gênero feminino com idade entre 25 a 60 anos. 44.44% (08) das funcionárias afastadas trabalham na clínica médica, 83.33% (15) são técnicas de enfermagem, 33.33% (6) trabalham nove horas diárias (turno matutino e vespertino). Com relação ao motivo do afastamento 33.33% (6) trabalhadoras foi por motivo de gestação e suas complicações e puerpério. O maior número de dias de afastamento foram 120 dias (licença maternidade 22.22%) e 65 dias (Transtorno Afetivo Bipolar 5.56%).

O trabalho de enfermagem confronta-se com limitações e desafios diários, e diversos fatores de saúde ocasionam o afastamento do profissional do trabalho por determinado tempo, seja ele programado ou não. Os resultados encontrados evidenciam a necessidade de medidas preventivas e assistenciais voltadas aos trabalhadores, que por algum motivo buscam como alternativa o afastamento do trabalho, o desgaste físico e mental como pode ser mostrado na pesquisa, não deve ser encarado como fraqueza pessoal, falta de caráter, de força de vontade, etc, deve ser encarado como um problema de saúde como outro qualquer.

Principalmente na enfermagem que a demanda de pacientes é muito maior do que o quadro de funcionários disponíveis para o cuidado dos pacientes, as exaustivas horas trabalhadas, a sobrecarga de trabalho. investir em programas de promoção à saúde dos trabalhadores, em ambientes de trabalho saudáveis, em número de recursos humanos suficientes para a demanda de trabalho e, sobretudo, em valorização do trabalhador com jornada de trabalho e remuneração justa e digna. No que se referem às limitações do estudo ainda existem falhas na alimentação do banco de dados como a falta de informações sobre qual o motivo que levou o profissional ao afastamento do trabalho.

Sugerimos que outros estudos sejam realizados nesta instituição, incluindo profissionais de outras áreas que atuam no hospital.

## REFERÊNCIAS

ARAÇATUBA. Prefeitura. **Estatuto - Lei nº 3774**. 2002. Disponível em <[www.aracatuba.sp.gov.br](http://www.aracatuba.sp.gov.br)>. Acesso em: 6 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 510/2016**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2017.

CARRION, V. **Nova jurisprudência em direito do trabalho**. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1994.

COSTA, Olivia Lúcia Nunes; SANTOS, Eliane Menezes Flores; NETTO, Eduardo Martins. Aspectos epidemiológicos e obstétricos de mulheres com perdas recorrentes da gravidez em uma maternidade pública do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v.36, n.11, p.514-518, nov. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032014001100514&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014001100514&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-720320140005007>

CUSTODIO, Ires Lopes et al. Perfil sociodemográfico e clínico de uma equipe de enfermagem portadora de Hipertensão Arterial. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.64, n.1, p.18-24, fev. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672011000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 17 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100003>.

HOSP. Hospital de Olhos de São Paulo. **Conjuntivite**. 2017. Disponível em: <<http://www.hospitaldeolhos.net/especialidades-conjuntivite.asp>>. Acesso em: 6 nov. 2017.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria, RS: Pallotti. 2002.

LIMA, Ana Cláudia Soares et al. Fatores associados à dor musculoesquelética em trabalhadores de enfermagem hospitalar. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.526-32, jul/ago. 2014. Disponível em: <[www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerrj/article/view/4265/11647](http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerrj/article/view/4265/11647)>. Acesso em: 04 nov. 2017.

MARTINS, Ronald Jefferson et al. Absenteísmo por motivos odontológico e médico nos serviços público e privado. **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo, v.30, n.111, p.09-15, jun. 2005. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572005000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572005000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 02 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572005000100002>.

NOGUEIRA, D. P; LAURENTI, R. Absenteísmo por doença em mulheres. **Revista de Saúde Pública.** São Paulo, v.9, n.3, p.393-399. 1975.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação de transtornos mentais da CID-10.** Porto Alegre: Artmed, 1993.

\_\_\_\_\_. **Década do osso e da articulação:** movimento articular. 2007. Disponível em: <[http://www.osteartrose.com.br/tm\\_decada.php](http://www.osteartrose.com.br/tm_decada.php)>. Acesso em: 02 nov. 2017.

PEREIRA, Camila Sousa; PRETTE, Almir Del; PRETTE, Zilda Aparecida Pereira Del. Qual o significado do trabalho para as pessoas com e sem deficiência física? *Psico-USF*, v.13, n.1, p.105-114, jan./jun. 2008

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social:** métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTANA, Leni de Lima et al. Absenteísmo por transtornos mentais em trabalhadores de saúde em um hospital no sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v.37, n.1. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198314472016000100416&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472016000100416&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.01.53485>.

SANTOS, Fernanda Batista Oliveira; FRANÇA, Montgomery Barroso. Fatores de risco para doença arterial coronariana em trabalhadores de enfermagem. **Revista uruguaya de Enfermería (RUE)**, v.8, n.1, p.1-7, maio. 2013.

SILVA JUNIOR, João Silvestre; FISCHER, Frida Marina. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v.18, n.4, p.735-744, dez. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415790X2015000400735&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2015000400735&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 31 out. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201500040005>.

SIME. **Convenção coletiva de trabalho.** Araçatuba, 2000.

# PROCOLO DO MANEJO DA SEDE NA SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA EM UM HOSPITAL PRIVADO NO SUL DE SANTA CATARINA

*HEADQUARTERS MANAGEMENT PROTOCOL IN THE POST-ANESTHESIA*

*RECOVERY ROOM IN A PRIVATE HOSPITAL IN THE SOUTH OF SANTA CATARINA*

Roselin Padilha Teles<sup>1</sup>  
Denise Macarini Teresa<sup>2</sup>  
Mariana Comin<sup>3</sup>  
Valdemira Santana Dagostin<sup>4</sup>

Recebido em: 05 dez. 2017  
Aceito em: 20 jun. 2018

**RESUMO:** O estudo visa conhecer a percepção dos colaboradores da Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA) de um hospital do sul de Santa Catarina, sobre o protocolo de manejo da sede, avaliando a implantação, as fragilidades e potencialidades do protocolo para os pacientes. Sede relaciona-se com aspectos fisiológicos, psicológicos e socioculturais, pacientes com sede dão respostas variadas a esse desconforto. Os fatores responsáveis pela sensação da sede são múltiplos, entre eles o jejum, as drogas utilizadas durante o procedimento anestésico cirúrgico, a intubação endotraqueal, o sangramento intra-operatório, a desidratação e a idade do paciente. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e de campo, com a participação de 19 colaboradores da sala de recuperação pós-anestésicos através de entrevista semiestruturada. Os resultados apontam que os colaboradores estão envolvidos e participam da educação permanente desenvolvida pela instituição referente ao protocolo do manejo da sede, bem como, são conhecedores do processo. Os colaboradores concordam na importância da aplicação do protocolo, para que assim a recuperação do paciente torne-se mais eficiente e rápida. Notou-se que a maioria concorda com os resultados imediatos que o protocolo apresenta na SRPA e sugerem a aplicação assídua do mesmo.

**Palavras-chave:** Sede. Enfermagem. Protocolo.

**ABSTRACT:** The study aims to meet the employees ' perception of the room Post Anesthesia recovery (PACU) of a hospital in the South of Santa Catarina, on the management of the headquarters protocol, assessing the deployment, the weaknesses and potentialities of Protocol for patients. Headquarters deals with physiological, psychological and socio-cultural aspects, patients give responses varied based on the discomfort. The factors responsible for the sensation of thirst are multiple, including fasting, the drugs used during anesthesia, endotracheal intubation, surgical perioperative bleeding, dehydration and the patient's age. This is a qualitative study, descriptive and, with the participation of 19 employees of recovery pós-anestésicos through semi-structured interview. The results show that employees are engaged and participate in continuing education developed by the institution for the management of the headquarters protocol as well, are knowledgeable of the process. Employees

<sup>1</sup> Enfermeira – UNESC – Criciúma – SC – Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeira. Mestre - UNIMED – Criciúma – SC – Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira. Mestre - UNIMED – Criciúma – SC – Brasil.

<sup>4</sup> Enfermeira. Doutora - UNESC – Criciúma – SC – Brasil.

---

agree on the importance of application of the Protocol, so that the recovery of the patient become more efficient and quick. It was noted that most agree with the immediate results that the Protocol features in the PACU and suggest the regular application of the same.

**Keywords:** Headquarters. Nursing. Protocol.

## INTRODUÇÃO

A preocupação com a segurança do paciente cirúrgico antecede à descoberta da anestesia, onde os pacientes submetidos à cirurgia pudessem ser observados e cuidados com rigor em uma sala muito próxima a da cirurgia. Na década de 1940 algumas características de funcionamento desta unidade já se encontravam bem estabelecidas, dentre elas, a atuação de enfermagem especializada com capacidade de reconhecer alterações na evolução pós-anestésica dos pacientes, planejar e programar cuidados específicos que prevenissem complicações decorrentes do procedimento anestésico cirúrgico (NOCITE, 1987).

A Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA) é o local destinado a receber pacientes em pós-operatório, onde são implementados cuidados intensivos, até o momento em que o paciente esteja consciente, com reflexos protetores presentes e com estabilidade de sinais vitais. Para tanto, são necessários recursos técnicos e recursos humanos especializados que deem suporte para prevenção, detecção e implementação precoce dos cuidados específicos (MIYAKE, 2002).

A assistência de enfermagem no pós-operatório é realizada a partir das necessidades dos pacientes, que podem ser variadas de acordo com a fase do pós-operatório, imediato, mediato ou tardio. Em sua maioria visam à manutenção do equilíbrio hemodinâmico do paciente e das suas funções vitais. (DUARTE, 2012).

Na fase pós-operatória imediata, o foco inclui a manutenção da via aérea do paciente, avaliação dos efeitos dos agentes anestésicos, avaliação do paciente para as complicações e fornecimento de conforto e alívio da dor. Depois, as atividades de enfermagem focalizam a promoção da recuperação do paciente e a iniciação do ensino, dos cuidados de acompanhamento e referências essenciais para a recuperação e reabilitação depois da alta. (SMELTZER e BARE, 2005, p. 427).

Os graus de dependência para o cuidado de enfermagem variam de paciente a paciente, sendo que uns necessitam mais de cuidados e outros não, com isso estabelece-se a real necessidade do cuidado que a paciente precisa. Cuidar significa zelar pelo bem-estar de alguém e observar o outro como um todo (PASSOS; SADIGUSKY, 2012).

No pós-operatório o desconforto de maior incidência relatado pelos pacientes é a sede causando sofrimento ao paciente durante sua recuperação anestésica. Este desconforto é definido como a vontade consciente de beber água, um mecanismo de compensação para o restabelecimento do equilíbrio hídrico no organismo, condicionada tanto por sinais e sintomas fisiológicos como por condições culturais, emocionais hábitos e



aspectos alimentares. Mecanismos de compensação para o restabelecimento do equilíbrio hídrico no organismo, acrescentados de todo um contexto cirúrgico aceleram a sensação da sede no Pós-operatório imediato (POI). O processo inicia-se pelos receptores presentes na boca, que respondem a diferentes estímulos químicos, onde a utilização do frio na boca reduz a percepção da sede (LEIPER, 2005).

A sede é uma resposta do organismo à falta de água e sintoma intenso que domina todas as outras sensações, chega a 75% das manifestações no pós-operatório, e repercute de forma negativa na experiência cirúrgica. O hormônio antidiurético (ADH), que quando estimulado com o estresse cirúrgico, a náusea e a hipoglicemia aceleram a secreção de ADH e, por seguinte também desencadeiam a sensação da sede. Para minimizar o desconforto da sede a administração do gelo mostra-se eficaz para o alívio no manejo da sede (ARONI et al., 2012).

Relatos de pacientes que vivenciaram esse desconforto mostram o quanto é desagradável e difícil vivenciar o sintoma sede ocasionando sentimentos como ansiedade, irritabilidade e desespero (GOIS et al., 2012).

Para diminuir este desconforto da sede no pós-operatório, foi criado o protocolo e manejo da sede, embasados no que descreve Nascimento e colaboradores (2014) em seu Manual Operacional do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede, com critérios pré-estabelecidos para sua avaliação.

O protocolo da sede consiste em um palito de gelo com presença de mentol ou não, para o alívio da sede e conforto do paciente no pós-operatório imediato. É utilizado na sala recuperação após a cirurgia. A equipe de enfermagem avalia primeiramente o grau de consciência do paciente para que possa aplicar o protocolo, onde se oferece ao paciente um palito de gelo que o próprio paciente o segurará para aliviar sua sede.

O presente estudo visa elencar a percepção dos colaboradores sobre o protocolo da sede no pré-operatório na Sala de Recuperação Pós Anestésica em um hospital privado, ressaltando suas potencialidades, fragilidades, manejo e conhecimento do grupo participante da pesquisa.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

O estudo caracterizou-se como qualitativo, do tipo exploratório e descritivo, realizado na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) de um Hospital privado no Sul de Santa Catarina, realizado com 19 colaboradores do setor, sendo 15 técnicos de enfermagem e 4 enfermeiros.

Foram incluídos os colaboradores de enfermagem admitidos no referido hospital a mais de 3 meses atuando no setor de SRPA e ter aceitado participar da pesquisa, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido. Dos vinte colaboradores do setor, somente uma colaboradora não aceitou contribuir para a pesquisa, sendo respeitada sua

decisão, conforme preceitos éticos.

Para a realização da pesquisa foi assinado um termo de confidencialidade, sendo que este assegura o sigilo das informações da pesquisa. O termo segue as exigências formais contidas na resolução 466/12 e 510/16, do Conselho Nacional de Saúde.

Inicialmente foi encaminhado o ofício de solicitação e autorização para realização da pesquisa à administração da instituição. Após, encaminhado o projeto ao Comitê de Ética, sob a aprovação nº 71849517.2.0000.0119. Com a aceitação da gerência de enfermagem foi então explanado o projeto aos enfermeiros da SRPA e toda sua equipe. Os 19 colaboradores depois de informados do projeto de pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para dar seguimento ao estudo, foi feita entrevista com os colaboradores através de um questionário com perguntas semiestruturada.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram elaborados em momentos, onde iniciou com a observação no setor, posteriormente realizada a entrevista semiestruturada. Utilizou-se a letra T.E. com o respectivo número, para identificar os técnicos de enfermagem e a letra ENF para Enfermeiros.

A apresentação dos resultados inicia-se pela caracterização dos colaboradores na instituição participante do estudo. Tal caracterização está definida pelo gênero, estado civil e faixa etária, bem como tempo de formação e de atuação na instituição, dupla jornada e especialização no que tange a categoria enfermeiros.

Os dados sócios demográficos foram apresentados por meio da tabela 1.

**Tabela 1** – Perfil Sócio Demográfico dos colaboradores

| <b>Características</b>        | <b>N</b> |
|-------------------------------|----------|
| <i>Gênero</i>                 |          |
| Feminino                      | 16       |
| Masculino                     | 3        |
| <i>Estado Civil</i>           |          |
| Casado                        | 11       |
| Solteiro                      | 6        |
| Divorciada                    | 2        |
| <i>Faixa Etária</i>           |          |
| 20-29 anos                    | 5        |
| 30-39 anos                    | 11       |
| 40-49 anos                    | 2        |
| 50-59 anos                    | 1        |
| <i>Categoria Profissional</i> |          |
| Enfermeiros                   | 4        |
| Técnico de Enfermagem         | 15       |
| <i>Dupla Jornada</i>          |          |
| Enfermeiros                   | 2        |
| Técnico de Enfermagem         | 2        |
| <i>Tempo de Formação</i>      |          |

| <b>Características</b>               | <b>N</b> |
|--------------------------------------|----------|
| Até 1 ano                            | 3        |
| 1 ano e 1 dia a 5 anos               | 6        |
| 5 anos e 1 dia a 10 anos             | 4        |
| 10 anos e 1 dia a 15 anos            | 5        |
| Acima de 15 anos                     | 1        |
| <i>Tempo trabalho na instituição</i> |          |
| Até 1 ano                            | 3        |
| 1 ano e 1 dia a 5 anos               | 8        |
| 5 anos e 1 dia a 10 anos             | 8        |

**Fonte** da Pesquisadora, 2017.

A Tabela 1 nos permite fazer algumas abordagens acerca do perfil sócio demográfico dos colaboradores da SRPA de um hospital privado no Sul do Estado de Santa Catarina. Com relação ao gênero, 84,2% dos participantes são do gênero feminino.

Segundo pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), quanto ao perfil da enfermagem no Brasil, a equipe de enfermagem é predominantemente feminina, sendo composta por 84,6% de mulheres. Importante ressaltar, no entanto, que mesmo tratando-se de uma categoria feminina, registra-se a presença de 15% dos homens, denotando que na enfermagem está se firmando uma tendência à masculinização da categoria, com o crescente aumento do contingente masculino na composição, corroborando com os achados do presente estudo, onde 15,8% são do gênero masculino.

Foi constatado que 11 colaboradores são casados, 06 solteiros e 2 divorciadas. Destacam-se neste grupo, profissionais com idade média de 35,1 anos, a maioria de casadas (57,8%) ou vivendo com parceiro fixo. Em relação à dupla jornada de trabalho, somente quatro (4) colaboradores possuem outro vínculo empregatício.

Ao serem arguidos do tempo de formação, observou-se que 3, ou seja, 15,7% possuem tempo menor de um ano de formação, 31,5% estão na faixa de um a cinco anos e os demais 52,63% acima dos cinco anos. Quanto ao tempo de trabalho na instituição, 3 com tempo de atuação de um ano, 8 entre 1 e 5 anos e 8 têm entre 5 a 10 anos, sendo pessoas com experiência na profissão.

Ao se analisar o perfil educacional dos enfermeiros verificou-se que, todos os enfermeiros cursaram pelo menos uma especialização. A qualificação profissional do enfermeiro é importante no que tange ao acompanhamento dos avanços tecnológicos e as transformações na sociedade, com o intuito de melhorar a assistência prestada aos sujeitos e atuar de forma crítica e reflexiva no âmbito profissional (ESSER, et al, 2012).

Ao serem questionados sobre o número de cirurgias realizadas mensalmente, a maioria relata ser na média de 40 a 50 cirurgia/dia perfazendo mensalmente em torno de 800 a 1000 cirurgia/mês. Ao fazer o levantamento através dos dados da instituição, verificou-se que a média de internações hospitalares chega a mil mensais e na cirurgia, a média é de 700 cirurgias/mês. Isso demonstra o conhecimento que a equipe tem da instituição e se observa pelas falas registradas que os dados gerenciais são compartilhados, fazendo que todos sejam corresponsáveis pelo andamento do setor.

O enfermeiro, no uso de suas atribuições deve ser capaz de buscar na gestão a oportunidade de estabelecer relações com os profissionais focando suas competências à capacidade de acessar, analisar, estruturar e sintetizar informações de gestão e em gerir indiretamente recursos e avaliar serviços de saúde e melhoria da qualidade e vida, permitindo assim maior integração com a equipe (BALSANELLI et al; 2008).

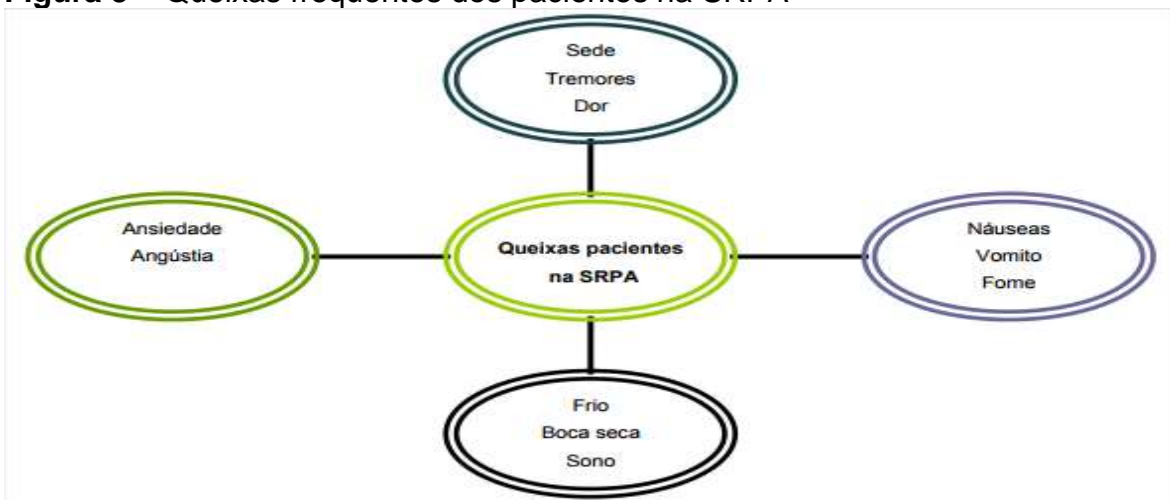
Transformar a realidade, alcançar as mudanças pretendidas para melhoria da qualidade dos serviços prestados, é sem dúvida busca diária e começa com a informação.

Em relação às categorias que emergiram da análise temática dos dados foram assim descritas:

### CATEGORIA 1 - PRINCIPAIS QUEIXAS REFERENCIADAS PELOS PACIENTES NA SRPA

As principais queixas dos pacientes na SRPA, referenciadas pelos colaboradores foram: sede; fome; êmese, náusea; frio, tremores, boca seca e sono. Conforme mostra a figura 3.

**Figura 3** – Queixas frequentes dos pacientes na SRPA



**Fonte** do pesquisador, 2017.

A dor é a complicação ou o desconforto mais frequente no período pós-operatório. É o quinto sinal vital (PEDROSO, CELICH, 2006), sendo o sintoma referido por basicamente todos os colaboradores da SRPA.

Sua intensidade varia de influência de fatores fisiológicos, o trauma, a intervenção cirúrgica, a habilidade técnica do cirurgião, as doenças prévias, o local e o tipo da incisão; de fatores psicológicos, como ansiedade, medo e depressão, entre outros, bem como de fatores culturais do paciente (LASAPONARI, 2013).

A dor nos pacientes é frequentemente observada, é classificada como uma lesão do tecido, angústia, ansiedade, incluindo o sofrimento, medo, depressão e imobilidade

causando danos à saúde. As cânulas utilizadas, as contenções mecânicas também podem dificultar a comunicação do relato da dor, podendo aumentar o sintoma e o nível de estresse do paciente (VILA, CARNEIRO, 2001).

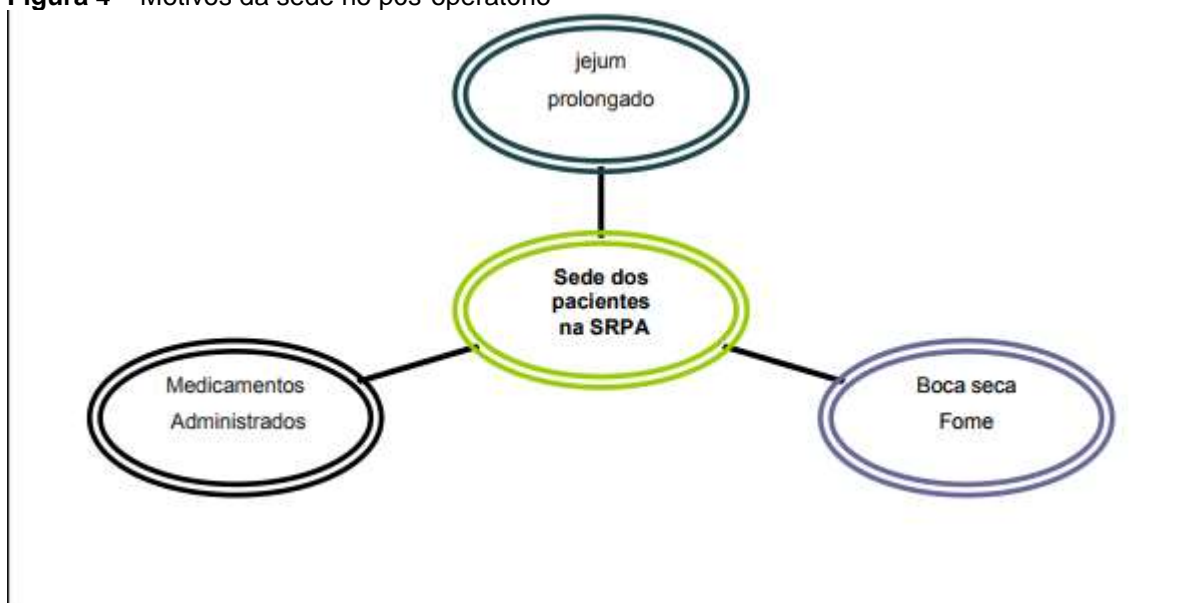
Náuseas e vômitos são as complicações mais frequentes na recuperação da anestésica, são resultado de agentes inalatórios e medicamentos utilizados durante o procedimento cirúrgico. Até 1960, quando a utilização de agentes inalatórios como éter ou ciclopropano era frequente, a incidência de vômitos atingia 60%. Pode ser utilizado profilaxia para amenizar esses sintomas. (LAGES et al, 2005).

Em relação à sede, sintoma citado pela maioria dos colaboradores, este será discutido mais adiante. Estas considerações das principais sintomatologias evidenciadas pelos colaboradores na SPA permitem entender que se faz necessário que a equipe de enfermagem esteja ciente de sua responsabilidade frente ao paciente com dor, sede, tremores, êmese e demais sintomas referenciados no pós-operatório, pois, percebendo seu papel assistencial, poderá intervir de maneira adequada, respeitando o ser e contribuindo para a realização de um cuidado humanizado.

## CATEGORIA 2 - MOTIVOS PELOS QUAIS OS PACIENTES SOLICITAM ÁGUA NO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Muitos são as solicitações e reclamações dos pacientes aos chegarem à SRPA. Os motivos pelos quais estes pacientes solicitam água podem estar relacionados ao jejum prolongado, os medicamentos administrados no ato operatório, boca seca, fome, segundo o entendimento dos colaboradores como mostra a figura 4.

**Figura 4** – Motivos da sede no pós-operatório



Fonte do pesquisador, 2017.

Observou-se que os colaboradores não tiveram muitas divergências em suas opiniões, relatando na grande maioria que as causas de pedido de água pelos pacientes são devido à boca seca, a reação da medicação pós-anestesia e o jejum.

O jejum no pós-operatório foi instituído quando as técnicas anestésicas ainda eram rudimentares, para prevenir complicações pulmonares associadas a vômito e aspirações do conteúdo gástrico. A razão dessa rotina é garantir o esvaziamento gástrico e evitar bronco aspiração no momento da indução anestésica (AGUILAR-NASCIMENTO, et al 2009).

Em um indivíduo em jejum pré-operatório, o organismo normalmente consome a água armazenada, pois as reações orgânicas não são interrompidas, apenas a ingestão de alimentos líquidos e sólidos (AGUILAR-NASCIMENTO, 2010). No presente estudo, observou-se que o procedimento de jejum no pré-operatório é técnico preconizado pela instituição.

As drogas utilizadas nos procedimentos anestésicos provocam o ressecamento da mucosa oral, que provoca uma reação de redução da secreção salivar ocasionando secura da boca e sensação de sede (OMOIGUI, 2001).

O episódio da sede no pré-operatório é considerado uma consequência de fatores diversos e estão relacionadas com o jejum operatório, drogas utilizadas durante o procedimento anestésico e com a própria perda sanguínea durante o procedimento cirúrgico (NASCIMENTO, FONSECA, 2013).

Segundo estudo de Santos e colaboradores enfatiza que dentro da rotina de trabalho da equipe de enfermagem, os principais enfoques na assistência de enfermagem é a identificação de desconfortos objetivos e visíveis como à dor, hipotermia, náuseas e vômitos, porém incômodos subjetivos, ou seja, que envolve aspectos individuais como a sede, passa despercebida (SILVA, FONSECA, NASCIMENTO 2015).

### CATEGORIA 3 – ENTENDIMENTO DA SEDE PELOS COLABORADORES DA SRPA

O paciente cirúrgico pertence a um grupo de risco para o desenvolvimento do sintoma sede devido aos procedimentos e condutas realizadas no pré-operatório. A sede é uma resposta do organismo à falta de água ou ao aumento da concentração osmótica no plasma, classificada como sede hipovolêmica ou sede osmótica respectivamente, coloca os autores (ARAI; STOTTS; PUNTILLO, 2013).

A sede é um sintoma tão poderoso que sobrepuja todas as outras sensações. Em presença de sede, o anseio por água é tão intenso que não pode ser ignorado. No estudo de Aroni e colaboradores, independentemente do procedimento cirúrgico, tipo de anestesia e perda sanguínea, os pacientes apresentaram sede. O jejum mínimo encontrado nos pacientes foi de 8 horas e indicaram que, com esse tempo de jejum, 100% dos pacientes referiram ter sede (ARONI, NASCIMENTO, FONSECA, 2012).

Neste aspecto, os colaboradores desse estudo ao serem perguntados sobre o que é a sede muitos relatam ser difícil a conceituação.

Conceituar sede é complexo e as questões fisiológicas aprofundadas, segundo estudos enfatizaram que, na percepção do paciente, este incômodo é intenso e resultam no aumento de ansiedade, desidratação, irritabilidade, fraqueza e desespero. (CORREIA, SILVA, 2005).

A equipe segue na mesma lógica em relação ao conceito de sede, com fragilidade na exposição dos dados.

#### CATEGORIA 4 - CONHECIMENTO E DESCRIÇÃO DO PROTOCOLO DO MANEJO DA SEDE

Para que haja um atendimento qualificado e de eficácia do protocolo de manejo da sede é necessário que os colaboradores internalizem o processo e coloquem na prática o protocolo, assim ao executarem o protocolo com segurança e cautela a recuperação do paciente torna-se rotineira e eficaz em sua implantação. Ficou visível nas colocações dos colaboradores conhecerem o protocolo.

Importante ressaltar a questão de educação permanente realizada pela instituição e no setor específica, pois, a maioria, além de conhecerem o protocolo, também referiu ter recebido capacitação acerca deste processo. A educação é percebida como um processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, como também pelas relações humanas, leva à criação de compromisso pessoal e profissional, capacitando para a transformação da realidade (PASCHOAL, MANTOVANI, MÉIER, 2007).

Ficou explicitado nas falas que a instituição busca fazer capacitações frequentes.

A educação dos trabalhadores é fator essencial para o desenvolvimento da sociedade que vive em constantes transformações. No mundo do trabalho, a possibilidade de educação permanente deve contemplar novas tecnologias, e a própria pressão social de melhorias para uma assistência qualificada (RICALDONI, SENA, 2006).

Pode ser observado também que alguns profissionais, mesmo tendo a orientação sobre o protocolo de manejo da sede, ainda não desenvolveram a rotina de ofertar ao sujeito, melhorando a sua estada na SRPA como observamos nas falas dos Técnicos em enfermagem.

No entanto, estes profissionais são conhecedores do protocolo, descreveram em síntese o protocolo completo para atender a necessidade do paciente.

Para melhor entender o protocolo, Nascimento e colaboradores (2014) descrevem o Manual Operacional do Protocolo de Segurança para o Manejo da Sede que fundamenta principalmente em avaliar o Nível de Consciência, Proteção de Vias Aéreas e Náuseas e Vômitos. E neste sentido os trabalhadores colocam que estes indicadores devem ser

avaliados antes do oferecimento do picolé de gelo e mentol, saciando assim a vontade da ingestão de água.

Alguns técnicos em enfermagem explanaram que por atuarem em turno noturno, as capacitações não ocorreram, ou se aconteceu, não foram comunicadas ou não participaram. Este olhar se faz necessário pela gerencia do setor para que todos os trabalhadores possam ser conhecedores.

Conforme o relato dos colaboradores notou-se que apenas T.E. 11,12,13,14 não conheciam detalhadamente sobre o protocolo da sede, mas que nem por isso deixaram de procurar o conhecimento para realizar sua implantação. A grande maioria conhecia o protocolo e destes muitos compareceram ao treinamento e assim conseguem realizar e repassar as manobras a serem realizadas para amenizar a sede do paciente no pós-operatório.

Os profissionais comprometidos com a educação permanente contribuem para a melhor qualidade dos serviços, e a resolutividade, satisfação dos usuários e integração com a comunidade estimulam nela a autonomia e o autocuidado (BRASIL 2005).

## CATEGORIA 5 PERCEPÇÃO DOS COLABORADORES DA SRPA NA IMPLANTAÇÃO E PROCESSO DE TRABALHO NA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO MANEJO DA SEDE

Definir a melhor estratégia de alívio da sede não é único desafio para seu manejo no Pós-operatório imediato. Aspectos sobre a segurança na administração dos métodos ainda são tímidos em comparação a demanda ocorrida no setor. Percebe-se que o protocolo é importante tanto para o paciente quanto para a equipe de enfermagem. Mas quem se beneficia mesmo ainda é o paciente, por que o alívio da sede é instantâneo causando menos ansiedade, angústia e alívio da sede (CONCHON et al., 2015).

Como já enfatizado, o hospital buscou qualificar sua equipe para o protocolo, realizando educação permanente pela sua gerência de enfermagem que buscou estudos específicos para a implantação do protocolo no hospital, destacando-se assim, por ser o único hospital da região sul do país com a implantação do protocolo da Sede. Em relação à percepção dos colaboradores acerca da implantação é notória a avaliação positiva.

Os colaboradores concordam na importância da aplicação do protocolo, para que assim a recuperação do paciente torne-se mais eficiente e rápida. Notou-se que a maioria concorda com os resultados imediatos que o protocolo apresenta e sugerem a aplicação assídua do mesmo. Também percebem que o paciente reage imediatamente após a aplicação e que alguns já sinalizam querer o picolézinho, pois já ouviram falar a respeito.

Com a diminuição da angústia e da necessidade de água, a aplicação do protocolo da sede facilita a recuperação do mesmo e diminui as solicitações de chamados constantes no atendimento ao paciente. A demonstração de agradecimento é imediata com suas declarações de elogios e satisfação na maioria dos casos.



Com implantação do protocolo o atendimento ao paciente torna-se rotineiro, mesmo que a recepção dos pacientes aconteça simultaneamente em muitas das vezes, os protocolos existentes facilitam e organizam as prioridades a serem executadas nos atendimentos. Desta forma, ficou explícita que este protocolo não atrapalhou a rotina do setor, porém, não se consegue aplicar em todos os pacientes.

Tendo como resultado deste questionamento, os Técnicos em enfermagem 12,14,18 não souberam responder à pergunta realizada a eles, já o colaborador TE 13 destacou que a implantação atrapalha a rotina da SRPA justificando que deveria haver uma pessoa específica para a implantação do protocolo.

Para uma melhor avaliação do paciente na RPA existem escalas que auxiliam nos cuidados ao paciente, com isto facilita o atendimento mais qualificado ao paciente (CUNHA, PENICHE 2007).

Na prática diária, observa-se que a equipe de enfermagem da SRPA realiza muitas ações de assistência ao paciente e que, diante da instabilidade e da alta rotatividade, nesta unidade, são necessárias ações rápidas, para evitar complicações no cuidado a estes pacientes. (BELLO, 2000). A assistência de enfermagem durante o POI destina-se a intervenções de prevenção e/ou tratamento de complicações, devendo avaliar o paciente de forma sistematizada e integral.

Em relação à sobrecarga de trabalho e, ainda, ao número insuficiente de profissionais para o desempenho da atividade dificulta um atendimento integral e qualificado no setor. (SERRA, 2015).

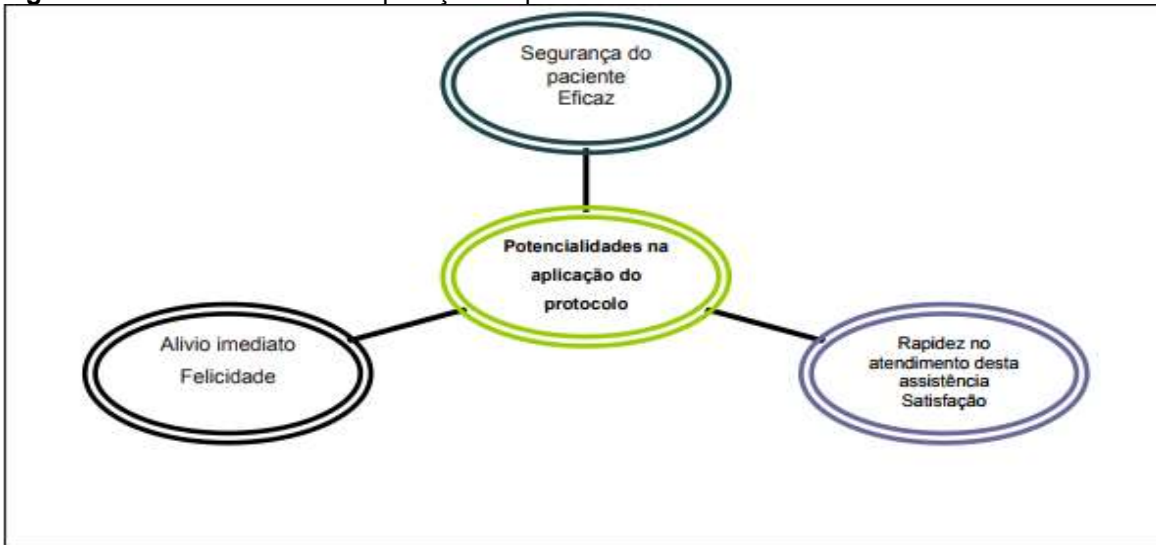
Bem como a falta de pessoal qualificado e numericamente inadequado para prestar assistência de enfermagem pode estar relacionada as complicações, tanto com pacientes adultos como pediátricos. A equipe de enfermagem numericamente suficiente, bem treinada e com a presença fixa e constante na SRPA é indispensável para desenvolver uma assistência de qualidade e poder atuar na prevenção das complicações (FONSA, PENICHE2008).

## CATEGORIA 6 - POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NO PROTOCOLO DE MANEJO DA SEDE

A equipe de enfermagem que atua diretamente no cuidado ao paciente no pós-operatório imediato, visualiza na aplicação do protocolo do manejo da sede, como uma forma de atendimento com excelência na prestação da assistência de enfermagem, observa as potencialidades que traz principalmente ao paciente. Abordam que a segurança do paciente alivia imediato da sede, felicidade e satisfação do paciente após o atendimento de suas necessidades.

Na figura 5 podemos visualizar as colocações acerca das potencialidades que o protocolo proporciona ao paciente.

**Figura 5** – Potencialidades na aplicação do protocolo



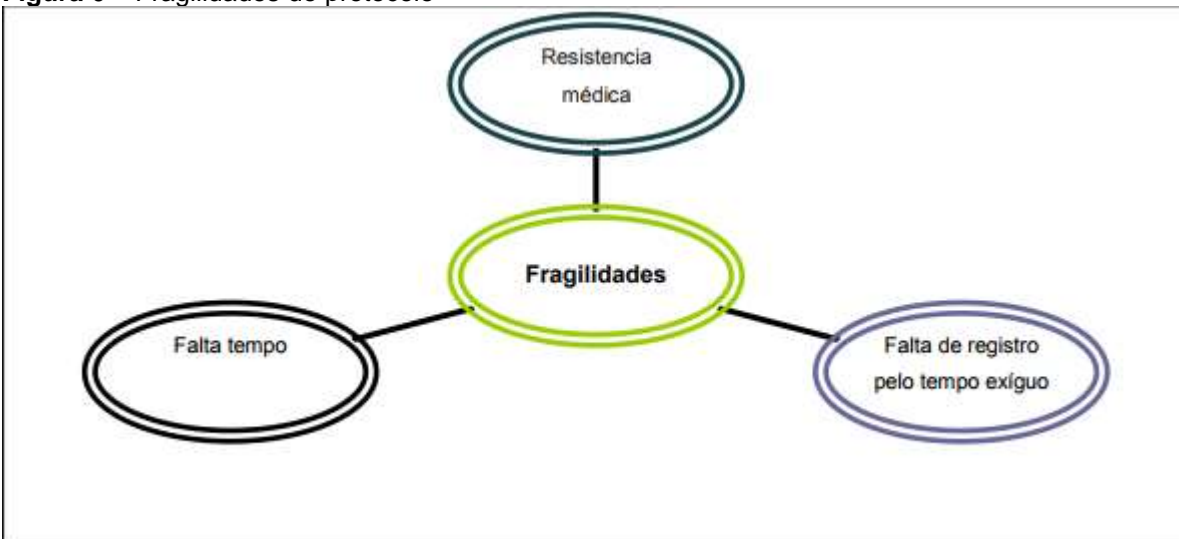
Fonte do pesquisador, 2017.

Nas falas dos colaboradores, ficou claro que todos visualizam as potencialidades que traz a aplicação do protocolo e manejo da sede para o paciente.

Também foi possível evidenciar algumas colocações de alguns técnicos em enfermagem que não podem explicar algo que não dominam, evidenciando que ainda falta a capacitação de alguns profissionais na SRPA.

Como fragilidade na utilização do protocolo de manejo da sede pode citar principalmente a resistência dos profissionais anestesistas, o tempo devido ao movimento intenso no setor, pois a média de cirurgia gera em torno de 40 cirurgias/dia.

**Figura 6** – Fragilidades do protocolo



Fonte do pesquisador, 2017.

Instrumentos de registro e controle de sinais e intercorrências são essenciais na Sala de Recuperação Anestésica. Encontram-se inseridos na prática das instituições de saúde instrumentos contendo escalas de avaliação de pacientes adultos, infantis ou submetidos a cirurgias ambulatoriais. Não se encontram, todavia, Relatos de registros

intencionais do manejo da sede no POI. (GARCIA et al, 2015).

## CATEGORIA 7 SUGESTÃO DE MODIFICAÇÃO NA APLICAÇÃO DO PROTOCOLO DE MANEJO DA SEDE

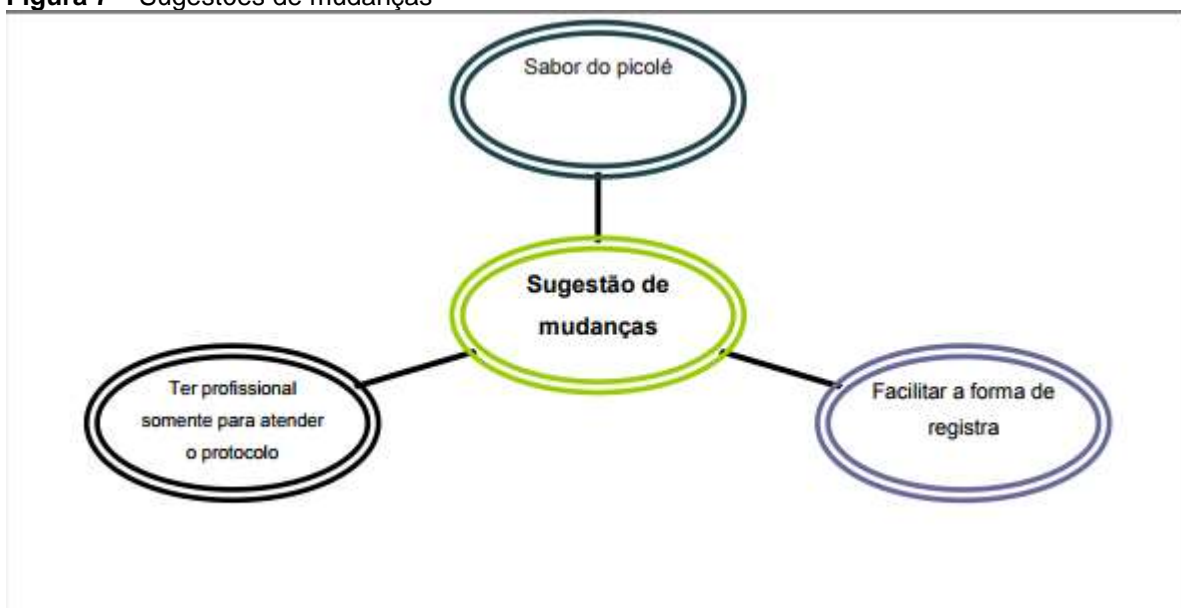
O colaborador tem papel importante e independentemente do setor no qual atua na instituição, principalmente quando trabalhamos com pessoas. É fundamental que ele esteja motivado, satisfeito e se sinta parte da equipe, para que suas atitudes reflitam de forma positiva no atendimento qualificado aos pacientes.

Colaborador é uma fonte de informações, ideias e sugestões, que podem mudar a forma de fazer, otimizar recursos, corrigir problemas e qualificar melhor a assistência prestada.

Neste sentido, um dos questionamentos realizados aos colaboradores reflete na prática diária do atendimento, ou seja, seria possível melhorar/ modificar o protocolo de manejo da sede, tornando este mais aplicável e fácil de manusear na visão de quem realmente faz o dia a dia da SRPA.

Foi observado que este protocolo é uma ferramenta que possibilita dar uma assistência qualificada e humanizada para seus pacientes e algumas modificações simples atenderia ainda melhor. Na figura 7 podemos observar algumas sugestões plausíveis colocadas pelos colaboradores como possibilidades de ter outros sabores, principalmente para atender a ala infantil, modificar a forma de registrar, pois no dia a dia, com as demandas altas, fica difícil assim o fazer, bem como a possibilidade de se ter um profissional para esta atividade, assim atenderia toda a demanda e não somente alguns pacientes.

**Figura 7** – Sugestões de mudanças



Fonte do pesquisador, 2017.

No entanto ficou claro nas colocações dos entrevistados que o protocolo é eficaz, e que não necessita grandes modificações, sendo que a maioria coloca que não faria nenhuma modificação.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A sala de recuperação pós-anestésica é um local de grande importância nos primeiros momentos no pós-operatório imediato, onde a visão da equipe de enfermagem é de extrema importância para detectar qualquer alteração e assim aplicar ações para sua resolutividade. A equipe que trabalha na SRPA é devidamente treinada para todos os tipos de eventos que possa ocorrer, por isso na aplicação do protocolo e manejo da sede, o passo a passo deve ser minucioso e aplicado com muito critério.

A sede é um desconforto real e gera grande sofrimento ao paciente. Com a pesquisa realizada observou-se a importância da implantação do protocolo da sede, para benefício do paciente, não só do alívio da sede, mas como também da sensação de tranquilidade, angústia diminuída e estresse.

A equipe atuante no setor é formada por 4 enfermeiros, que atuam juntamente ao CC e 15 técnicos em enfermagem. Com relação ao gênero, 84,2% dos participantes é do gênero feminino, com idade média de 35,1 anos, a maioria de casadas e com tempo de formação acima dos cinco anos.

O assunto destacou-se por ser um método pioneiro na região sul do país, onde poucas instituições fazem acontecer. O trabalho exímio da equipe de enfermagem se destaca na atuação de uma assistência qualificada em prol da recuperação do paciente. Busca no cotidiano do trabalho sempre inovar, como na implantação do protocolo de manejo da sede na instituição, demonstrando interesse por parte dos colaboradores e na aceitação entre os pacientes.

Foi unânime as colocações acerca das potencialidades e necessidade de sempre ampliar os estudos e aplicação do protocolo manejo da sede. Já uma da fragilidade apontada na utilização do protocolo da sede, é devido a falha nos registros tendo em vista a sobrecarga de trabalho.

Esperamos que a pesquisa possa atingir um público maior de trabalhadores de enfermagem no que tange a implantação do protocolo de manejo da sede, possibilitando uma qualidade na assistência ao paciente na sala de recuperação.

## **REFERÊNCIAS**

AGUILAR-NASCIMENTO, José Eduardo de et al. Jejum pré-operatório de 8 horas ou de 2 horas: o que revela a evidência? **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias**, v. 36, n. 4, p. 350-352, 2009.

ARAI, Shoshana; STOTTS, Nancy; PUNTILLO, Kathleen. Thirst in critically ill patients: from physiology to sensation. **American Journal of Critical Care**, v.22, n.4, p.328-335, 2013.

ARONI, Patrícia; ALVES DO NASCIMENTO, Leonel; FAHL FONSECA, Lígia. Avaliação de estratégias no manejo da sede na sala de recuperação pós-anestésica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 4, 2012.

BALSANELLI, Alexandre Pazetto; JERICÓ, Marli de Carvalho. Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras. **Acta paulista de Enfermagem**, 2005.

BELLO, C. N. Recuperação pós-anestésica-escalas de avaliação, princípios gerais. **Rev Centro Est Anest FMUSP**, v. 9, p. 4-5, 2000.

CONCHON, Marília Ferreira et al. Sede perioperatória: uma análise sob a perspectiva da Teoria de Manejo de Sintomas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. 1, 2015.

CORREIA, Maria Isabel Toulson Davisson; SILVA, Rodrigo Gomes da. Paradigmas e evidências da nutrição pré-operatória. **Rev. Col. Bras. Cir**, v. 32, n. 6, p. 342-347, 2005.

DA CUNHA, Ana Lúcia Silva Mirancos; DE CÁSSIA, Aparecida; PENICHE, Giani. Validação de um instrumento de registro para sala de recuperação pós-anestésica. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 2, p. 151-60, 2007.

DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. O cuidado de enfermagem no pós-operatório de cirurgia cardíaca: um estudo de caso. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 657-665, 2012.

ESSER, Maria Angélica Motta da Silva; MAMEDE, Fabiana Villela; MAMEDE, Marli Villela. Perfil dos profissionais de enfermagem que atuam em maternidades em Londrina, PR. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 133-41, 2012.

FONSECA, Rosa Maria Pelegrini et al. Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 428-433, 2009.

GOIS, Cristiane Franca Lisboa; DANTAS, Rosana Aparecida Spadotti. Stressors in care at a thoracic surgery postoperative unit: nursing evaluation. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 22-27, 2012.

LAGES, Neusa et al. Náuseas e vômitos no pós-operatório: uma revisão do "pequeno-grande" problema. **Rev Bras Anesthesiol**, v. 55, n. 5, p. 575-85, 2005.

LASAPONARI, Elaine Ferreira et al. Revisão integrativa: Dor aguda e intervenções de enfermagem no pós-operatório imediato. **Rev. SOBECC**, p. 38-48, 2013.

MIYAKE, Mara Harumi et al. Complicações pós anestésicas: subsídios para assistência de enfermagem na Sala de Recuperação Anestésica. **Acta paul. enferm**, v. 15, n. 1, p. 33-39, 2002.

NASCIMENTO, Leonel Alves do et al. Elaboração do Protocolo de Segurança para o

---

Manejo da Sede no Pós Operatório Imediato. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 5, 2014.

NASCIMENTO, Leonel Alves; FONSECA, Ligia Fahl. Sede do paciente cirúrgico: elaboração e validação de um protocolo de manejo seguro da sede. **Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963**, v. 7, n. 3, p. 1055-1058, 2012.

NOCITE, José Roberto. Recuperação pós-anestésica: aspectos gerais. **Rev. bras. anesthesiol**, v. 37, n. 3, p. 161-7, 1987.

OMOIGUI, Sota. Manual de drogas usadas em anestesia. In: **Manual de drogas usadas em anestesia**. 2004.

PASSOS, Silvia da Silva Santos; SADIGUSKY, Dora. Cuidados de enfermagem ao paciente dependente e hospitalizado. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 4, p. 598-603, 2011.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; JOAQUIM MÉIER, Marineli. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, 2007.

PEDROSO, Rene Antonio; KLS, Celich. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. **Texto contexto enferm**, v. 15, n. 2, p. 270-6, 2006.

RICALDONI, Carlos Alberto; DE SENA, Roseni Rosângela. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 6, 2006.

SANTOS, Samira Beserra dos; FONSECA, Lígia Fahl; NASCIMENTO, Leonel Alves do. Percepção da Equipe de Enfermagem em Sala de Recuperação Anestésica sobre a Sede: Análise de múltiplas instituições. Anais Eletrônico IX EPCC – **Encontro Internacional de Produção Científica UniCesumar** Nov. 2015, n. 9, p. 4-8 ISBN 978-85-8084-996-7.

SERRA, Maria Aparecida Alves et al. Nursing care in the immediate postoperative period: a cross-sectional study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 14, n. 2, p. 161-7, 2015.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. **Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Guanabara Koogan, 2005.

VILA, Vanessa da Silva Carvalho; MUSSI, Fernanda Carneiro. O alívio da dor de pacientes no pós-operatório na perspectiva de enfermeiros de um centro de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 35, n. 3, p. 300-307, 2001.

**REABILITAÇÃO, SAÚDE E  
QUALIDADE DE VIDA**

# FATORES RELACIONADOS A LESÕES EM ATLETAS DE BOLÃO 16 CATEGORIA

## FEMININO NA CIDADE DE CAÇADOR/SC

### FACTORS RELATED TO INJURIES IN ATHLETES OF NINEPIN FEMALE CATEGORY

#### IN THE CAÇADOR'S CITY STATE OF SANTA CATARINA

Andressa Paganini<sup>1</sup>  
Elaine Caroline Boscatto<sup>2</sup>  
Adriano Slongo<sup>3</sup>

Recebido em: 23 maio 2017  
Aceito em: 22 abr. 2018

**RESUMO:** O bolão 16 é uma modalidade esportiva onde o objetivo é derrubar nove pinos posicionados ao final de uma pista de madeira com uma bola maciça. Exige técnica, inteligência e concentração. Tendo em vista a escassez de estudos na literatura e a necessidade de aprofundar conhecimentos neste esporte específico, foi realizada a presente pesquisa para investigar a incidência de lesões e fatores relacionados às mesmas em atletas do sexo feminino, praticantes da modalidade na cidade de Caçador/SC. Trata-se de estudo transversal, descritivo, com análise quanti-qualitativa dos dados. Foi aplicado um questionário de formulário próprio para investigar informações pessoais, índice de massa corporal, tempo de jogo, dores e lesões articulares, hábitos relacionados à prática da modalidade e de outras atividades físicas. Participaram do estudo 11 atletas, com idades entre 18 a 56 anos e média de IMC 27,25 kg/m<sup>2</sup>. O tempo de prática variou de 10 meses a 27 anos. A maioria das participantes utiliza o braço direito para o lançamento e a perna esquerda para o apoio ao final do arremesso, demonstrando um movimento harmônico. No entanto, possuem alto índice de lesões/dores articulares, tendo a articulação mais acometida por dores a do joelho, seguida de quadril. Sobre o hábito de aquecimento e alongamento, todas as atletas afirmaram que o realizam; contudo foi verificado que a metade das atletas tem como prática de atividade física exclusiva o bolão, sendo necessário o incentivo a práticas preventivas voltadas ao esporte, além de orientação para a técnica adequada evitando desgaste físico entre outras consequências.

**Palavras-chave:** Esportes. Traumatismos em atletas. Articulações.

**ABSTRACT:** The ninepin it's a sports mode where play mens and womens, with the objetive is drop the nine pin in the end of wooden track, with the solid ball. It requires technique, intelligence and concentration. Given the scarcity of studies in the literature and the need to deepen knowledge in this specific sport, the present research was carried out to investigate the incidence of injuries and related factors in female athletes, practitioners of the sport in the city of Caçador in Santa Catarina state. This is a cross-sectional, descriptive study with quantitative qualitative data analysis. A questionnaire was used to investigate personal information, body mass index, playing time, pain and

<sup>1</sup> Graduanda em Educação Física pela Universidade Alto Vale do Rio do Peixe-UNIARP, E-mail: [paganini.andressa@hotmail.com](mailto:paganini.andressa@hotmail.com).

<sup>2</sup> Mestre em Atividade Física Relacionada a Saúde, Universidade Alto Vale do Rio do Peixe-UNIARP, E-mail: [elaine.caroline@uniarp.edu.br](mailto:elaine.caroline@uniarp.edu.br).

<sup>3</sup> Mestre em Saúde e Ambiente, Universidade Alto Vale do Rio do Peixe-UNIARP, E-mail: [fisioterapia@uniarp.edu.br](mailto:fisioterapia@uniarp.edu.br).



joint injuries, habits related to the practice of the sport and other physical activities. Eleven athletes, aged 18 to 56 years, with a mean BMI of 60,075 pounds ft.sq, participated of this study. Regarding the training time, it ranged from 10 months to 27 years. Most athletes use the right arm for the throw and the left leg for support at the end of the pitch, demonstrating a harmonious movement. However, they have a high index of lesions/joint pain, and the joint is more affected by pain in the knee, followed by hip pain. On the warm-up and stretching habit, all athletes stated that they perform it. However, it was verified that half of the athletes have a practice of exclusive physical activity the ninepin, being necessary the incentive to preventive practices oriented to the sport, besides orientation for the appropriate technique avoiding physical wear among other consequences.

**Keywords:** Sports. Athletic injuries. Joint.

## INTRODUÇÃO

A modalidade de bolão 16 é um esporte coletivo, ainda pouco divulgado no Brasil e está presente nos estados onde a colonização alemã predomina, mais precisamente no Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro (FEDERAÇÃO CATARINENSE DE BOCHA E BOLÃO - FCBB, 2016, WEB).

É um esporte onde participam homens e mulheres sem limite de idade. Geralmente, a prática do bolão está concentrada em clubes e sociedades particulares, onde sempre esteve ligado aos frequentadores desses locais, de onde foram surgindo os atletas.

O bolão 16 é um esporte bastante envolvente e prazeroso, pois além da técnica, é necessário jogar com inteligência, concentração e paciência. Consiste em derrubar os nove pinos posicionados no final de uma prancha (pista) de madeira com uma bola maciça.

Em um jogo de bolão 16, um atleta vai arremessar ao menos 40 bolas, tornando esses arremessos, um gesto repetitivo.

Considerando o gesto repetitivo de cada jogada, a biomecânica do movimento e as articulações exigidas para cada movimento, surgiu a necessidade de investigar a incidência de lesões e os fatores relacionados as mesmas, em atletas do sexo feminino praticantes de bolão 16 no município de Caçador/SC. Ressalta-se a escassez de estudos na literatura relacionados ao bolão 16, principalmente sobre possíveis lesões que possam acometer atletas desta modalidade; e também, fazer com que este estudo possa ajudar a analisar e corrigir algum movimento inadequado, tanto no aprendizado motor quanto em atletas que já competem, até mesmo prevenir lesões que possam afastar atletas da modalidade.

O estudo tem como objetivo, investigar a incidência de lesões em atletas do sexo feminino que jogam bolão 16; buscando informações pessoais das atletas; verificando hábitos relacionados a prática esportiva; pesquisando as principais lesões que acometem as atletas da modalidade de bolão 16 e recolhendo informações para orientar boa postura e técnica adequada de movimento.

## MATERIAL E MÉTODO

A pesquisa utilizou o método quanti e qualitativo, caracterizando como estudo transversal e descritivo.

A população do estudo compreendeu atletas da modalidade de bolão 16, categoria feminino da cidade de Caçador/SC. A amostra da pesquisa foi de todas as participantes da modalidade, que compreendem 11 atletas.

Foi aplicado o questionário em 11 atletas que atualmente jogam na equipe de Caçador/SC, todas do sexo feminino. Para a coleta dos dados de peso e altura, foi utilizado uma balança digital e uma fita métrica respectivamente; onde as atletas foram mensuradas sem o calçado, vestindo calça e camiseta. Os dados foram coletados em dias de treino, terças e quintas-feiras e sábado, na Sociedade Caçadoreense de Bochas onde é o local de treino.

O instrumento de coleta de dados foi por meio de questionário elaborado pela própria autora. As atletas foram investigadas em dias e horários de treino da modalidade, que ocorrem nas terças-feiras e quintas-feiras, das 18h30 min as 20h30min e aos sábados a partir das 16 horas, na Sociedade Caçadoreense de Bochas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe-UNIARP sob o número de CAAE: 55295916.8.00005593. Todas as participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aceitando participar do estudo.

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, média e desvio padrão, utilizando programa estatístico SPSS Statistics 20.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa investigou todas as atletas de bolão 16 (n = 11), representando a equipe de Caçador/SC. As atletas possuem idades entre 18 a 56 anos, com uma média de 39,91 ( $\pm$  12,55) anos de idade.

A Tabela 1 apresenta os resultados de Peso, Estatura e IMC da amostra:

**Tabela 1** – Representação do Peso, Estatura e Massa Corporal das atletas de Bolão 16 do município de Caçador/SC – 2016.

| Indicadores              | Mínimo | Máximo | Média | Desvio Padrão |
|--------------------------|--------|--------|-------|---------------|
| Peso (Kg)                | 51,60  | 86,40  | 72,54 | 11,74         |
| Estatura (m)             | 1,54   | 1,71   | 1,63  | 0,04          |
| IMC (kg/m <sup>2</sup> ) | 19,69  | 31,52  | 27,25 | 4,09          |

Fonte: Paganini, 2016.

Segundo a classificação da World Health Organization (WHO, 2000, p. 242) para o

Índice de Massa Corporal (IMC), 27,3% (n = 3) das atletas têm o IMC classificado como normal, 45,5% (n = 5) das atletas têm o IMC mostrando índice de sobrepeso e 27,3% (n = 3) das atletas têm o IMC mostrando índice de Obesidade classe I – que apresenta risco moderadamente aumentado para comorbidades. Conforme Bouchard (2003, p.7) “a diferença básica entre obesidade e sobrepeso reside na maior porcentagem de massa corporal (como gordura no obeso). Em outras palavras, a expansão dos tecidos magros livres de gordura não foi acompanhada pelo crescimento do tecido adiposo”.

Todas as atletas de bolão têm um tempo de treino significativo: a que treina a menos tempo tem 10 meses de participação na equipe, em contrapartida, a atleta que treina a mais tempo, tem 27 anos de participação na equipe, resultando em um tempo médio de participação na modalidade de 7 anos.

Conforme os dados coletados, todas as atletas lançam a bola com o braço direito. Já quanto a perna de apoio ao final do lançamento, 81,8% (n = 9) atletas se apoiam na perna esquerda (perna contrária do braço que lançamento) e 18,2% (n = 2) se apoiam na perna direita.

Sobre as dores articulares durante ou após o treino ou jogo de bolão, 81,8% (n = 9) das atletas afirmaram sentirem dores nas articulações, sendo que a articulação do joelho foi a mais citada e em ambos os lados (joelho direito e esquerdo), seguido da articulação do quadril, coluna e ombro.

A tabela 2 apresenta a frequência de respostas de dor, dividido por região e membro.

**Tabela 2** – Representação de relato de dor por articulação e região das atletas de Bolão 16 do município de Caçador/SC – 2016.

| <b>Dor articulação</b> | <b>Lado esquerdo</b> | <b>Lado direito</b> |
|------------------------|----------------------|---------------------|
| Ombro                  | -                    | 18,2 % (n = 2)      |
| Punho                  | -                    | 9,1% (n = 1)        |
| Quadril                | 9,1% (n = 1)         | 18,2% (n = 2)       |
| Joelho                 | 36,4% (n = 4)        | 18,2% (n = 2)       |
| Coluna                 |                      | 18,2% (n = 2)       |

**Fonte:** Paganini, 2016.

Apenas duas atletas afirmaram não sentirem dores articulares. Ainda sobre as lesões, nenhuma das atletas realizou cirurgia referente a lesão no esporte.

Todas as atletas afirmaram realizar alongamento antes do início do treino ou se em competições, antes dos jogos, e 36,4% (n = 4) realizam alongamento antes e depois. Com relação ao aquecimento antes do início do treino ou em competições, a maioria 81,8% (n = 9) afirmou realizar o mesmo.

As atletas também foram questionadas sobre a prática alternativa de atividade física, além do bolão 16, onde 54,6% (n = 6) afirmou praticar outras atividades além do esporte bolão, incluindo atividades em academias, lutas, natação, bem como caminhadas com os mais diversos objetivos: lazer, prevenção e tratamento e inclusive como deslocamento.

Conforme os dados obtidos na amostra, a maioria das atletas citaram que sentiam dores na articulação do joelho. Embora não tenha sido encontrado estudos específicos sobre a modalidade bolão 16 para comparar resultados, analisando a mecânica do movimento do corpo no jogo/treino de bolão, pode-se afirmar que o joelho sofre um impacto na hora de soltar a bola na pista, pois existe uma linha limite a ser respeitada no jogo e muitos atletas acabam por “parar” bruscamente muito em cima da linha para não sofrer penalidades, não tendo espaço para dar ao menos um passo depois do arremesso o que poderia diminuir o impacto nessa articulação. Como o joelho é uma articulação pouco estável e bastante solicitada nas práticas esportivas em geral, pois age com movimentos variados como mudança de direção, corridas, aceleração e desaceleração, agachamentos entre outros movimentos, ele fica sujeito a maior número de lesões do que qualquer outra articulação do corpo.

As lesões no joelho podem chegar a cerca de 15% de todas as lesões no esporte (TRIA, 2002). Walker (2010, p. 177) cita ainda que “um estresse repetitivo pode causar inflamação do tendão, especialmente sob contração, como ocorre durante a aceleração ou a desaceleração”. O Autor ainda acrescenta que essa desaceleração pode levar a uma subluxação ou deslocamento da patela, pois a mesma desliza para fora do seu sulco do fêmur e não limita a mobilidade; o ligamento cruzado anterior (LCA) também é geralmente lesionado em esportes em que há mudanças de direção e/ou impactos na articulação, em ambas as situações, as lesões causam dor e inchaço local (WALKER, 2010).

Também é possível verificar entre os dados que a maioria das atletas que afirmaram sentir dores na articulação do joelho, estão com o IMC classificatório entre sobrepeso e obesidade grau 1. Em alguns estudos realizados por Pereira Júnior e Lima apud Almeida e Pereira Júnior (2010, p. 90) “concluíram que o sobrepeso e a obesidade possuem relação significativa para o aparecimento da dor anterior no joelho, ocasionando disfunções musculoesqueléticas e limitações nas atividades de vida diária e prática esportiva”. Em relação ao tempo de jogo, também podemos considerar que as lesões podem estar ligadas a este fator, pois as atletas realizam um gesto repetitivo a cada jogada, repetindo inúmeras vezes durante os anos de treinos e/ou jogos; além de compensação de movimentos realizados de forma incorreta ou má posturas que acabam em desgaste físico/articular desnecessário; porém se analisarmos os relatos das atletas, o tempo de treino de cada uma delas varia muito e mesmo assim, há relatos de dores articulares em atletas novas e atletas que jogam a mais tempo.

Outro fator interessante a ser discutido é que analisando o fundamento do pêndulo, uma das articulações mais recrutadas para o arremesso é a do ombro, porém entre as atletas, o ombro teve um índice baixo de lesões, ficando abaixo do quadril e coluna. “Pode ser justamente esta adaptação muscular ao esporte que previne lesões, pois não há presença de dor, lesões capsulo-ligamentares e músculos-articulares” (PINTO, 2002, p. 46). E “analisando o complexo articular do ombro, observa-se que o gestual desportivo respeita a liberdade de movimento das articulações que compõem o complexo articular do ombro” (CAILLIET apud PINTO, 2002, p. 47). Pinto (2002, p. 49) também cita que “o próprio

movimento de 'pêndulo' do ombro (movimento de balanceio) é realizado livremente [...], a articulação glenoumeral trabalha em sua livre amplitude de movimento inibindo a hipótese de sobrecarga articular”.

É interessante ressaltar que as articulações do joelho e ombro participam diretamente da técnica de jogo da modalidade, mas ações inadequadas podem refletir em dores e/ou lesões em outras articulações, como relatadas pelas atletas: quadril, coluna e punho.

Analisando os dados apresentados, podemos observar que a grande maioria das atletas faz alguma atividade física a parte do treino de bolão, porém, são poucas atletas que realizam treinamento de força com o intuito de prevenir alguma possível lesão.

O treinamento de força é bastante utilizado para o fortalecimento dos músculos e articulações e ganho de massa muscular. É importante que esse treinamento esteja presente em todos os esportes, garantindo um bom condicionamento físico para o atleta melhorando capacidades como força, resistência muscular e flexibilidade (WALKER, 2010).

O treinamento de força é muito eficaz para a prevenção de lesões em atletas, ele melhora a força dos músculos e os fortalecem, além de fortalecer as articulações e ossos, ajudando assim a manter o corpo alinhado e protegido durante a execução dos movimentos ou sob impacto, através da sobrecarga imposta durante o treinamento de força, os ossos, articulações e ligamentos ficam mais flexíveis e absorvem melhor o choque e/ou impacto durante os movimentos (WALKER, 2010).

Desequilíbrios musculares também são causas comuns de lesões em atletas e afetam articulações e ossos devido a tração não usual que move a articulação fora do natural, isso ocorre porque os músculos mais fortes levam a articulação tracionar nessa direção causando estiramento de ligamentos ou enrijecimento deles. Sendo assim, o treinamento de força ajuda a prevenir esses efeitos, equilibrando os músculos (WALKER, 2010).

Tão importante quanto o treinamento de força são as atividades de alongamento e aquecimento antes dos treinos e jogos. Segundo Walker (2010, p.27) “o alongamento é uma atividade simples e eficaz que ajuda a melhorar o desempenho atlético, diminui a probabilidade de lesão e minimiza a dor muscular”. O autor também comenta que “os benefícios de uma amplitude de movimento estendida incluem conforto elevado, maior capacidade de movimentação livre e uma diminuição de nossa suscetibilidade a distensão ou lesão a eles”.

O aquecimento antes da atividade física prepara tanto mente e corpo, ajudando a aumentar a temperatura corporal e muscular, tornando a musculatura relaxada e flexível. Eleva a frequência cardíaca e a frequência respiratória, aumentando o fluxo sanguíneo melhorando a distribuição de oxigênio e nutrindo os músculos que estão em atividade. A eficiência do aquecimento auxilia na preparação dos músculos, tendões e articulações para as atividades esportivas e minimizando a probabilidade de ocorrerem lesões em atletas. O alongamento estático é bastante benéfico para a flexibilidade geral, incluindo todos os

principais grupos musculares. Durante o alongamento estático, o corpo deve ficar numa posição que o músculo que está sendo alongado sofra tensão. Esse tipo de alongamento deve ser incluído no início do aquecimento, pois existem estudos recentes que mostram efeitos adversos envolvido na contração do músculo afetando atletas que requerem potência e velocidade. (WALKER, 2010).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo envolveu todas as atletas da equipe da cidade de Caçador/SC. São atletas que possuem tempo significativo de jogo e já possuem técnica de jogo, têm seus fundamentos bem acentuados nas suas ações e nas jogadas. O estudo concluiu que 81,8% das atletas da equipe possuem dores articulares, podendo ser causa de futuras lesões, principalmente nas articulações que mais apareceram no estudo: joelho, quadril, coluna, ombro e punho.

Foi investigado as informações pessoais das atletas e hábitos na prática do bolão 16. A maioria das atletas possui um movimento corporal harmônico (membros superiores com membros inferiores e tronco), arremessando a bola com o braço direito e fazendo o apoio com a perna esquerda. Porém, mesmo assim, as atletas possuem um índice de lesões/dores articulares alto. Algumas até mostraram sentirem dores em mais de uma articulação.

Poucas atletas realizam algum treinamento de força. Sendo que a prática do bolão 16 aliada a aplicação dos treinamentos de força podem contribuir muito para a redução e prevenção de lesões nas atletas da equipe de Caçador/SC, pois além de aumentar a resistência muscular, a força muscular, desenvolver músculos e proteger as articulações, há também um aumento de massa magra e flexibilidade do atleta.

Outra questão para que se possa diminuir as lesões nas articulações mais afetadas, no caso o joelho, podendo também ser incluído o quadril e coluna, seria analisar a atleta individualmente para orientar uma possível adequação a técnica de jogo, adequar as passadas e o espaço, corrigir possíveis compensações de movimentos, tirando possíveis vícios nas jogadas das atletas.

Ao final este estudo, pode-se afirmar a necessidade de se investir em mais pesquisas na área da modalidade de bolão 16, conhecimento da biomecânica nos movimentos empregados no jogo, melhor organização de treinamento para a modalidade, pois a falta de pesquisas relacionadas ao tema e o esporte atrasa o desenvolvimento das equipes, crescimento e o fortalecimento deste esporte no geral.

Também, pretende-se dar continuidade no estudo com as atletas de todas as equipes do estado de Santa Catarina, verificando a incidência de lesões e quais são, mostrando fontes de prevenção podendo até diminuir a evasão de atletas deste esporte devido as limitações causadas pelas lesões, ajudando a alavancar o esporte bolão 16.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Rosana F. PEREIRA JÚNIOR, Altair A. Avaliação Funcional do Joelho em Praticantes de Musculação. **Conexões**: Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP. Campinas, v. 8, n. 2, p. 83-92, maio/ago. 2010.

ASSOCIAÇÃO DOS BOLONISTAS DE ITAJAÍ – ABI. **História do Bolão**. Disponível em: <[http://www.bolao16.com.br/index.php/components/com\\_phocagallery/assets/images/modules/mod\\_gk\\_tab/templates/components/index.php?option=com\\_content&view=article&id=59&Itemid=82](http://www.bolao16.com.br/index.php/components/com_phocagallery/assets/images/modules/mod_gk_tab/templates/components/index.php?option=com_content&view=article&id=59&Itemid=82)>. Acesso em: 07 mar. 2016.

BOUCHARD, Claude. **Atividade Física e Obesidade**. Barueri: Manole, 2003.

FEDERAÇÃO CATARINENSE DE BOCHA E BOLÃO – FCBB. **História**. Disponível em: <<http://fcbb.com.br/site/modalidades.php?tipo=bolao16#historia>> Acesso em: 10 mar. 2016.

FEDERAÇÃO CATARINENSE DE BOCHA E BOLÃO – FCBB. **Regulamento Geral Bolão – Bola 16 cm**. Disponível em: <[http://www.fcbb.com.br/site/downloads/2016\\_cbcb\\_bolao16\\_regulamentogeral.pdf](http://www.fcbb.com.br/site/downloads/2016_cbcb_bolao16_regulamentogeral.pdf)> Acesso em: 11 mar. 2016.

FREUNDS KEGLER CLUB – FKCB. **O Nosso Esporte**: Bolão Bola 16. Disponível em: <<http://www.fkcbolao16.com.br/Bolao.asp>> Acesso em: 10 mar. 2016.

HALL, Susan J. **Biomecânica Básica**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2005.

HAMILL, Joseph; KNUTZEN, Kathleen M. **Bases Biomecânicas do Movimento Humano**. 2ª ed. Barueri: Manole, 2008.

HOUGLUM, Peggy A; BERTOTI, Dolores B. **Cinesiologia clínica de Brunnstrom**. Barueri: Manole, 2014.

JARMEY, Chris; MYERS, Thomas W. **O corpo em movimento**: uma abordagem concisa. Barueri: Manole, 2008.

MÜLBAUER, VINÍCIUS A. **Escola de Bolão**: Como Jogar Bola 16. 2011.

PEREIRA, José M. **Manual de Metodologia da Pesquisa Científica**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 2012.

PINTO, Andrea S. **Análise Biomecânica do Membro Superior no Esporte Bolão e a Correlação dos Músculos Rotadores Internos e Externos do Ombro no Gestual Desportivo**. 2002. f.63. Monografia (Graduação na Área da Saúde) - Curso de Fisioterapia. Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba.

SOUZA, Marcial Zanelli de. **Reabilitação do Complexo do Ombro**. Barueri: Manole, 2001.

TRIA, A. J. **Lesões Ligamentares do Joelho**. Rio de Janeiro: Revinter, 2002

WALKER, Brad. **Lesões no Esporte**: Uma Abordagem Anatômica. Barueri: Manole,

2010.

WEINECK, Jürgen. **Anatomia Aplicada ao Esporte**. 18 ed. Barueri: Manole, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic**. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284



# ESTILO DE VIDA E SUAS RELAÇÕES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS

## LIFESTYLE AND ITS RELATIONSHIPS WITH SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION AND DIABETES MELLITUS

Elias Ferreira Porto<sup>1</sup>  
Claudia Kumpel<sup>2</sup>  
Anselmo Cordeiro de Souza<sup>3</sup>  
Izabel Maria de Oliveira<sup>4</sup>  
Karoline Mayara de Aquiles Bernardo<sup>5</sup>  
Antônio Adolfo Mattos de Castro<sup>6</sup>

Recebido em: 18 jul. 2017  
Aceito em: 15 maio 2018

**RESUMO:** Avaliar o estilo de vida e percepção do estado geral de saúde em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 - DM, Hipertensão Arterial Sistêmica - HAS e indivíduos saudáveis.

**Métodos:** Estudo transversal, com grupo controle. Avaliado estilo de vida com *Questionário Fantástico*, e percepção geral de saúde via uma *pergunta âncora* de diabéticos do tipo 2 (n = 37), hipertensos (n = 60), e indivíduos saudáveis (n = 43). Análise estatística descritiva, análise de variância, e razão de chance (*Odds Ratio* – OR). **Resultados:** Verificou-se diferença significativa (p<0,0001) na pontuação do *Questionário Fantástico* entre os indivíduos saudáveis em relação DM e HAS. O pior desempenho no estilo de vida para os três grupos foi nos domínios de atividade física e alimentação. O risco do indivíduo com HAS afirmar que sua saúde é pior do que indivíduos da mesma faixa etária foi OR 1.8 (1.415 a 2.419) e para os indivíduos diabéticos OR de 2.8 (1.776 a 4.579) em relação a indivíduos saudáveis. **Conclusão:** Diabéticos e hipertensos têm um pior estilo de vida e percepção geral de saúde do que indivíduos saudáveis. Assim o estilo de vida saudável pode reduzir a prevalência e auxiliar no controle de doenças já estabelecidas.

**Palavras-chave:** Estilo de vida. Hipertensão Arterial. Diabetes Mellitus.

**ABSTRACT:** To evaluate the lifestyle and perception of general health status in patients with type 2 diabetes mellitus - DM, systemic arterial hypertension - SAH and healthy individuals. **Methods:** Cross-sectional study with control group. (N = 37), hypertensive (n = 60), and healthy subjects (n = 43) were assessed using a Fantastic Questionnaire, and general health perception via an anchor question. Descriptive statistical analysis, analysis of variance, and odds ratio (Odds Ratio - OR). **Results:** There was a significant difference (p <0.0001) in the score of the Fantastic

<sup>1</sup> Fisioterapeuta e Engenheiro Civil, Mestre e Doutor em Medicina Translacional pela UNIFESP. Docente do Mestrado Profissional em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP.

<sup>2</sup> Fisioterapeuta, Docente do Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP.

<sup>3</sup> Mestrando em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP. Licenciado em Pedagogia pela Faculdade da Aldeia de Carapicuíba - FALC, e Bacharel em Teologia pelo Seminário Adventista Latino Americano de Teologia - SALT.

<sup>4</sup> Fisioterapeuta do Hospital Adventista de São Paulo. Mestranda em Promoção da Saúde pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo - UNASP.

<sup>5</sup> Fisioterapeuta pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo – UNASP.

<sup>6</sup> Professor Doutor da Universidade Federal Dos Pampas.

Questionnaire among healthy individuals in relation to DM and SAH. The worst lifestyle performance for the three groups was in the physical activity and feeding domains. The risk of the individual with SAH to state that their health is worse than individuals of the same age group was OR 1.8 (1.415 to 2.419) and for the diabetic individuals OR of 2.8 (1.776 to 4.579) in relation to healthy individuals. **Conclusion:** Diabetics and hypertensives have a worse lifestyle and overall health perception than healthy individuals. Thus the healthy lifestyle can reduce the prevalence and help in the control of already established diseases.

**Keywords:** Lifestyle. Hypertension. Diabetes Mellitus.

## INTRODUÇÃO

A Carta de Ottawa, documento tido como marco histórico na saúde pública, conceitua promoção da saúde como “um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”. Reflexo de uma tendência na atualidade ao pensar saúde na contemporaneidade, o trazer uma maior valorização da responsabilidade pessoal, familiar e mesmo comunitária numa perspectiva ativa e participativa para além de controle ou prevenção de doenças, mas sim ampla educação e promoção da saúde, numa parceria indissociável (FERNANDEZ et al., 2008; SCLIAR, 2007).

Por um lado para progresso do conhecimento e entendimento de problemas complexos, os estudos sobre os determinantes da saúde e seus desdobramentos devem ser vistos de modo multidisciplinar. As condições gerais da existência caracterizam o *modo de vida* que articula condições de vida e estilo de vida que são o pano de fundo das abordagens em saúde, interpretados no espaço sócio histórico. Realidade complexa na busca por discriminar os determinantes individuais e sociais. Num entanto é possível averiguar a estreita relação de influências recíprocas, geradoras ainda de desigualdades e por vezes iniquidades em saúde (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2007).

Por outro lado no olhar do contemporâneo paradigma da complexidade, *saúde* se daria para além de sua determinação e ou especificação, compreendendo a disciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade. Num esforço por um entendimento mais próximo da realidade, num amplo diálogo, culturalmente sensível, mediado por uma história que transcende o restrito, e melhor aborda a integralidade e natureza do ser e viver humano (MEIRELLES, ERDMANN, 2006).

Há ainda estudos inferindo da existência de um campo aberto e em construção tanto na área da promoção da saúde como também a respeito da temática estilo de vida relacionada a saúde, incluindo suas bases teóricas, avaliação e mensuração enfatizando que a mesma revela-se repleta de lacunas, tanto no que diz respeito ao entendimento de avaliação do estilo de vida e seus componentes quanto no aperfeiçoamento de instrumentos de medida confiáveis, propondo novos estudos tanto qualitativos como quantitativos, com maior rigor teórico e metodológico, para melhor compreensão do fenômeno e suas relações (SOUZA et al., 2016; PORTO et al., 2015)

Estudos sobre estilo de vida já ocorrem desde a revolução industrial no século XVIII e a quase 50 anos são realizados estudos com adventistas do sétimo dia, que estimulam na sua comunidade uma alimentação saudável, abstenção de tabaco, álcool e de outros produtos nocivos à saúde, uso abundante de água, exposição a luz solar no período da manhã e final da tarde e exercício físico (FERREIRA et al., 2011).

Diante da agitação da vida moderna, o estilo de vida, que corresponde ao conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, os valores e as oportunidades na vida das pessoas, tem sido contrário a promoção de saúde compondo hábitos não saudáveis, tais como abuso de álcool e drogas, tabagismo e estresse elevado, e assim adquirindo riscos para doenças crônicas como Diabetes Mellitus - DM e Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS (PEREIRA et al., 2017; FERREIRA et al., 2011).

Assim, programas de intervenção que promovam mudança no estilo de vida devem ser incentivados no intuito de melhorar a qualidade de vida da população de risco. Estudos analisaram que a modificação de componentes de um estilo de vida inadequado, para uma dieta equilibrada, associado a prática regular de atividade física contribuem para o controle metabólico e redução dos fatores de risco para síndrome metabólica, DM do tipo 2, hipertensão arterial e Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNT (SALMERON et al., 2001; MEYER et al., 2000; MARTINS et al., 1996).

O estilo de vida como um dos fatores que contribuem para a promoção, prevenção e manutenção da saúde, favorece o prolongamento e qualidade da saúde da população em geral (PORTO et al., 2015). Nessa perspectiva nosso objetivo neste artigo foi avaliar o estilo de vida e percepção sobre o estado de saúde geral em indivíduos com diabetes tipo 2, hipertensos e indivíduos saudáveis.

## **MÉTODOS**

Se trata de um estudo transversal com grupo controle, no qual foram avaliados aspectos relacionados ao estilo de vida de 140 participantes. A pesquisa foi realizada no centro de pesquisa de Pós-graduação da Instituição de Ensino Superior – IES proponente, bem como aprovada pelo comitê de ética da mesma sob o número de parecer 232.402, sendo este trabalho um recorte de um estudo maior sobre a prevalência de hipertensão e diabetes entre adventistas do sétimo dia.

Os indivíduos que participaram deste estudo foram distribuídos em três grupos: Grupo I sendo formado por indivíduos saudáveis (controle), Grupo II formado por indivíduos com diagnósticos de Diabetes Mellitus tipo II e o Grupo III formado por indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica, respectivamente segundo os critérios da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) e Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010).

Foram incluídos no estudo homens e mulheres adultos, clinicamente estáveis sem quadro de exacerbação da doença no último mês que antecedeu o início do estudo e que apresentavam doenças crônicas (HAS e DM). Indivíduos saudáveis que não apresentaram

---

diagnóstico prévio de doenças crônicas foram considerados grupo controle e para tanto responderam negativamente ao diagnóstico prévio de HAS ou DM.

Aqueles que concordaram em participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Não fizeram parte do estudo indivíduos com problemas mentais que não conseguiriam responder aos questionários. O diagnóstico de HAS e DM foi realizado em um período inferior a um ano prévio ao início do estudo.

Para a coleta de dados foi aplicado o *Questionário de Estilo de Vida Fantástico*. Sobre este salientamos que por ocasião de sua concepção, influenciado pelo então *Relatório de Lalonde* (1974) embalados pelo reforço e ampliado destaque como também pelo marcante interesse a época na promoção da saúde, uma década depois (1984) são publicados de modo pioneiro, uma série de seis artigos do Departamento de Medicina Familiar da Universidade McMaster, no Canadá, compondo assim o detalhamento do desenvolvimento de um instrumento de avaliação do estilo de vida i.ou comportamentos saudáveis, a saber, o *Fantastic*. Intencionando auxiliar os médicos que trabalhavam com a prevenção, para que estes pudessem conhecer e medir o estilo de vida dos seus pacientes de modo mais efetivo (WILSON, CILISKA, 1984a; CILISKA, WILSON, 1984b; WILSON, NIELSEN, CILISKA, 1984; SHARRATT, SHARRATT, SMITH, HOWELL, DAVENPORT, 1984; SIMPSON, ALBERT, WILSON, CILISKA, EVANS, 1984; KASON, YLANKO, 1984).

No primeiro artigo da *hexalogia* é mencionado que apesar de existir a época outros instrumentos de avaliação do estilo de vida, qualifica-os de complicados, e não aponta ou faz referência de quais são estes. Assim para fazer frente a esta e outras limitações apontadas foi pensado num instrumento simples, de nome que originou-se com auxílio de um mnemônico (WILSON, CILISKA, 1984a).

O acrônimo *FANTASTIC* representa as letras iniciais dos nomes dos nove domínios do instrumento (na língua inglesa) onde atualmente estão distribuídos os 25 indicadores da versão brasileira: F= *Family, friends* (família e amigos); A = *Activity* (atividade física); N = *Nutrition* (nutrição); T = *Tobacco, toxics* (cigarro e drogas); A = *Alcohol* (álcool); S = *Sleep, seatbelts, stress* (sono, cinto de segurança, estresse); T = *Type of Personality* (tipo ou padrão de comportamento); I = *Insight* (introspecção); C = *Career* (trabalho). É um instrumento dimensional genérico auto administrado que considera o comportamento dos indivíduos no último mês e cujos resultados pretendem determinar a associação entre o estilo de vida e a saúde (RODRIGUEZ-ANEZ et al., 2008).

A codificação das questões é realizada por pontos, da seguinte maneira: zero para a primeira coluna, 1 para a segunda coluna, 2 para a terceira coluna, 3 para a quarta coluna e 4 para a quinta coluna. As questões que só possuem duas alternativas pontuam: zero para a primeira coluna e 4 pontos para a última coluna.

A soma de todos os pontos permite chegar a um escore total que classifica os indivíduos em cinco categorias que são: “Estilo de vida excelente” (85 a 100 pontos), “Estilo de vida muito bom” (70 a 84 pontos), “Estilo de vida bom” (55 a 69 pontos), “Estilo de vida regular” (35 a 54 pontos) e “Estilo de vida que necessita melhorar” (0 a 34 pontos).

O questionário foi aplicado a três grupos distintos compostos de: hipertensos, diabéticos tipo II e um grupo controle. Além disto, foi feita uma questão ancora para os participantes: *Você considera sua saúde muito melhor, melhor, igual, pior ou muito pior em relação a pessoas de sua mesma idade?*

A análise estatística dos dados está apresentada em média e desvio padrão, e a normalidade dos dados foi analisada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. A análise de variáveis numéricas entre os grupos foi realizada por meio da análise de variância (One way). Para avaliar a razão chance as variáveis foram dicotomizadas e utilizou-se o teste de *Odds Ratio*. Foi considerado  $p < 0,05$  como significância estatística.

## RESULTADOS

Os 140 indivíduos que participaram do estudo foram distribuídos em três grupos, o primeiro grupo formado por indivíduos saudáveis ( $n = 43$ ), o segundo por indivíduos com DM ( $n = 37$ ) e o terceiro grupo formado por indivíduos hipertensos ( $n = 60$ ). Os grupos eram homogêneos entre si, não havendo significância estatística entre as variáveis analisadas como é apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1-** Características basais dos três grupos. São Paulo SP, Brasil, 2013.

| Variáveis  | Saudáveis<br>n = 43 | DM*<br>n = 43 | HAS†<br>n = 60 | Valor<br>p |
|--|---------------------|---------------|----------------|------------|
| Idade  | 54±8                | 56±11         | 55±10          | 0,6        |
| Sexo (M/F)                                       | 21/22               | 20/17         | 28/32          | 0,58       |
| Medicamentos (sim/não)                           |                     | 28/19         | 34/26          |            |
| Controlada / não controlada                      |                     | 27/10.        | 44/16          | 0,88       |
| Saúde: regular/ ruim                             | ‡ 3/1               | 12/6.         | 23/4           | 0,004      |
| Saúde: boa/ muito boa                            | 28/11‡              | 17/2.         | 17/16          | 0,004      |
| Morbidade (sim/não)                              |                     | 19/18         | 28/32          | 0,56       |
| Em tratamento (sim/não)                          |                     | ‡ 7/30.       | 30/30          | 0,032      |
| Causa: família/ alimentação                      |                     | 17/14         | 20/11          |            |
| Obesidade/ não obeso                             | 15/28               | ‡ 10/27       | 20/19          | 0,042      |
| Boa saúde (sim/não)                              |                     | 31/6.         | 34/16          | 0,88       |
| Saúde em relação aos outros (igual/muito melhor) | 29/8‡               | 10/1.         | 27/1           | 0,002      |
| Saúde em relação aos outros (pior/muito pior)    | 5/0                 | 2/5.          | 27/5           | 0,21       |
| Estilo de vida bom/muito bom                     | ‡ 21/10             | 12/7          | 26/4           | 0,042      |
| Estilo de vida ruim/muito ruim                   | 9/3                 | 16/4          | 19/11          | 0,56       |

\* Indivíduos com diabetes mellitus.

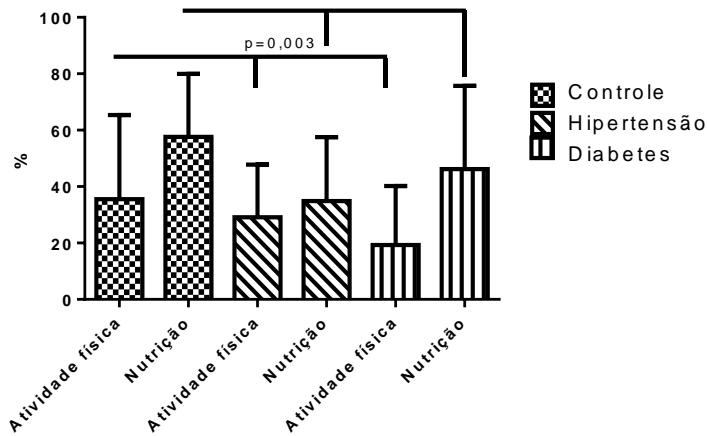
† Indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica.

‡ Significância estatística  $p < 0,05$ .

Avaliado o Estilo de Vida - EV dos grupos, verificou-se que há diferença significativa ( $p < 0,0001$ ) para a pontuação alcançada no questionário estilo de vida fantástico entre os indivíduos saudáveis em relação DM e HAS. O escore de pontuação para os participantes saudáveis foi  $71,7 \pm 8,8$  sendo classificados o EV como *muito bom*, para os indivíduos diabéticos foi  $59,9 \pm 17,7$  sendo o EV classificado como *muito bom* e para os indivíduos

hipertensos 42, 8±16,8 pontos, sendo classificados o EV como regular.

O pior desempenho no estilo de vida para os três grupos foi nos domínios de atividade física e alimentação, onde o grupo I, de indivíduos saudáveis, teve melhor desempenho em relação aos demais grupos tanto no domínio alimentação quanto em atividade física. Já o grupo de hipertensos teve pior desempenho em atividade física do que o grupo diabético, entretanto o grupo hipertenso alcançou maior desempenho no domínio alimentação em relação ao grupo de diabético como pode ser percebido na figura 1.



**Figura 1** - Avaliação do estilo de vida por meio de dois domínios (Atividade física e Nutrição) do Questionário Fantástico.

A chance do indivíduo com HAS descontrolada declarar que sua saúde é pior do que indivíduos com HAS controlada da mesma idade é *Odds Ratio* - OR 1.3 e Intervalo de Confiança (0,63 a 2.9), para os indivíduos diabéticos a OR foi de 1.2 (0.42 a 3.2). O risco do indivíduo com HAS afirmar que sua saúde é pior do que indivíduos da mesma faixa etária é OR 1.8 (1.415 a 2.419) e para os indivíduos diabéticos o OR foi de 2.8 (1.776 a 4.579) em relação a indivíduos saudáveis. Considerando apenas o grupo no qual a doença não está controlada para o grupo diabéticos o risco foi de 3.4 (1.287 a 8.941), para os indivíduos hipertensos OR 1.7 (1.058 a 2.556) em relação a indivíduos saudáveis. Quando comparados diabéticos e hipertensos o OR foi 1.3 (0.9078 a 2.6). Dados estes como expresso na tabela 2.

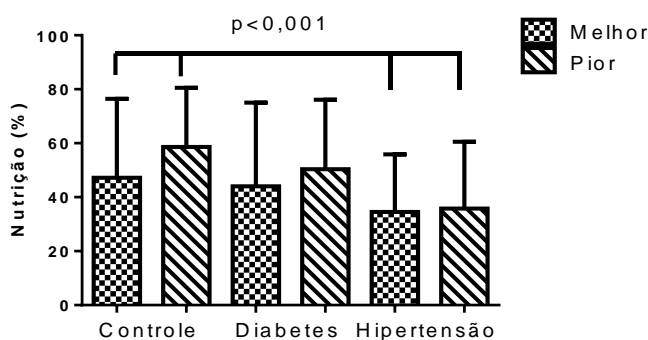
**Tabela 2-** Ajuste *Odds Ratios* - OR e Intervalo de Confiança – IC de 95%, em indivíduos com diagnóstico de diabetes e hipertensão. Ajuste total para idade e sexo, “homem” e “mulher” ajuste por idade. São Paulo SP, Brasil, 2013.

| Variável                           | <i>Odds Ratios</i> | Intervalo de Confiança | Valor p |
|------------------------------------|--------------------|------------------------|---------|
| HAS* Vs Controle                   | 1,8                | 1,415 to 2,419         | 0,0070  |
| DM† Vs. Controle                   | 2,8                | 1,776 to 4,579         | 0,0002  |
| HAS* não controlada Vs. Controlada | 1,3                | 0,63 to 2,9            | 0,0680  |
| DM† não controlada Vs. Controlada  | 1,2                | 0,42 to 3,2            | 0,0800  |
| DM† não controlada Vs Controle     | 3,4                | 1,287 to 8,941         | <0,0001 |
| HAS* não controlada Vs. Controle   | 1,7                | 1,058 to 2,556         | 0,0040  |

\* Indivíduos com diabetes mellitus

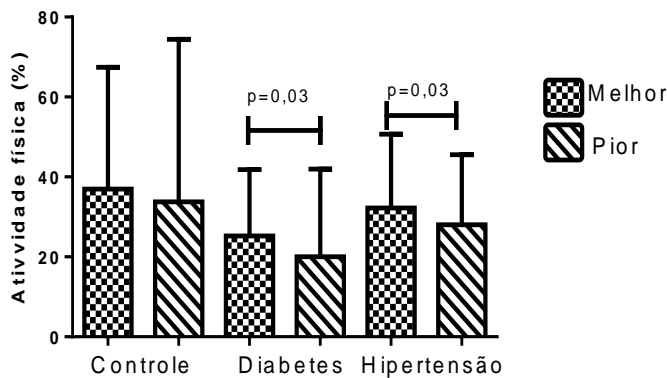
† Indivíduos com Hipertensão Arterial Sistêmica

Dentre os grupos analisados, foram distribuídos em dois subgrupos, aqueles que declaram ser sua saúde *pior* e aqueles que disseram ser sua saúde *melhor* do que pessoas de sua faixa etária. Foi verificado nos grupos I e II, saudável e diabéticos respectivamente, percepção de *pior* saúde em relação as pessoas de sua idade, além de pior desempenho no domínio alimentação em relação aos que declararam ser a sua saúde *melhor* do que indivíduos de sua faixa etária. Também foi encontrado um *pior* desempenho do domínio alimentação do Questionário Fantástico no grupo III em relação aos demais grupos, como indicado na figura 2.



**Figura 2-** Estilo alimentar avaliado pelo domínio nutrição do Questionário Fantástico para os três grupos.

De modo semelhante ocorreu com os grupos II e III, diabéticos e hipertensos respectivamente, quando avaliamos a pratica de atividade física, pois aqueles que declararam que sua saúde era pior do que pessoas de sua faixa etária tinham pior desempenho no domínio atividade física, como explicitado na Figura 3.



**Figura 3** - Atividade física avaliada pelo domínio do questionário Estilo de Vida Fantástico para os três grupos.

## DISCUSSÃO

O principal objetivo deste estudo foi avaliar a percepção que os indivíduos diabéticos e hipertensos têm sobre sua saúde e suas relações com o estilo de vida. Dentre os principais resultados foi verificado que indivíduos diabéticos e hipertensos têm pior estilo de vida do que indivíduos saudáveis, e que estes indivíduos têm percepção que sua saúde é pior do que indivíduos de sua mesma idade. Isto fica mais evidente quando foi analisado separadamente indivíduos com a doença controlada e não controlada.

A percepção da saúde foi avaliada por meio de uma questão âncora, como também tem sido utilizado por outros autores (NAHAS, 2013). Já a coleta de dados provenientes da aferição do estilo de vida, foi feita por meio de instrumento aceito como válido, com boa confiabilidade e reprodutibilidade (PORTO et al, 2015; RODRIGUEZ-ANEZ et al., 2008). Ainda que não seja possível omitir a atual e apropriada discussão da qualidade dos instrumentos de medida uni e multidimensionais, sejam estes específicos ou genéricos, usados em estudos epidemiológicos, bem como do próprio entendimento de validade(s). Ou mesmo validação estatística/psicométrica bem como validação prática destes instrumentos, o que se torna essencial entre os pilares de elaboração da própria pesquisa (REICHENHEIM, MORAES, 2011; MAROCO, 2006). Nossos resultados se por um lado em alguma medida limitados, por outro lado parecem ser produtos de ferramentas metodológicas razoáveis, se propondo a contribuir para melhor compreensão do quadro de saúde destes indivíduos.

Em nosso estudo o estilo de vida foi significativamente pior entre os indivíduos com hipertensão e diabetes do que indivíduos saudáveis. Ratificando o já posto na literatura que ações e hábitos podem ter grande influência na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos (PEREIRA et al., 2017; MIRANDA, 2017). Nossos resultados corroboram na direção de que o surgimento da diabete e hipertensão está relacionado ao estilo de vida adotado por estes indivíduos durante algum tempo de suas vidas.



Alguns estudos têm mostrado que a adoção de um estilo de vida saudável precocemente, pode melhorar o controle metabólico e a qualidade de vida de indivíduos (Slavíček et al., 2008; Tuomilehto et al., 2001). Outros autores também mostraram que existe um grande interesse na saúde pública em realizar atividades de prevenção primária de DM, por meio de intervenções educacionais sobre o estilo de vida, com ênfase no aspecto nutricional e na atividade física. Para estes autores a educação preventiva demonstrou ser mais eficaz até na terapia farmacológica, uma vez que as modificações no estilo de vida influenciam diretamente os fatores causais do DM (TUOMILEHTO ET AL., 2003).

Estudos ainda têm demonstrado que a aplicação de mudanças de estilo de vida sem a farmacoterapia pode diminuir os fatores de risco para doenças cardiovasculares e metabólicas e que 10 dias de intervenção como mudanças de hábitos de vida, baixo consumo de calorias, dieta com baixo teor de gordura, um ambiente livre de estresse e uma pequena quantidade de treinamento físico podem reduzir significativamente o colesterol sérico, glicemia e pressão arterial em indivíduos maiores de 50 anos (TUOMILEHTO ET AL., 2001; MARTINS et al., 1996).

O estilo de vida está relacionado às escolhas diárias do indivíduo, de quanto e como realizar as atividades físicas, qual quantidade e qualidade da alimentação e boa ingestão hídrica, e quantidade de sono. Os hábitos adquiridos e o estilo de vida adotado durante a vida poderão determinar a funcionalidade do organismo. Possa ser que alterações na homeostase como a menor produção de insulina, resistência da membrana celular, maior volume sérico de catecolaminas elevação da pressão arterial estejam totalmente relacionados ao estilo de vida (MOREIRA et al., 1995). É possível que indivíduos sedentários que tenham maus hábitos alimentares tenham percepção dos prejuízos causados em sua saúde.

Os nossos resultados mostraram que os indivíduos hipertensos e diabéticos têm pior percepção do seu estado de saúde, do que indivíduos saudáveis. A auto percepção de saúde vem sendo utilizada em estudos considerando-se um método confiável, capaz de expressar vários aspectos da saúde física, cognitiva e emocional dos indivíduos. Pessoas com percepção ruim do estado de saúde têm maior risco de morte, em comparação com as que relatam uma saúde boa ou excelente. A percepção do estado ruim de saúde, mostrou ser um forte indicador de mortalidade. Além de preditor de mortalidade, a percepção da saúde, ou auto avaliação da saúde, também está relacionada ao declínio funcional (ALVES, RORIGUES, 2005; LEBRÃO et al, 2005; MARCELLINI et al, 2002).

Foi também demonstrado que cerca de 30% dos indivíduos da amostra não tem controle da hipertensão ou diabetes, e a percepção do estado de saúde para este grupo ficou ainda mais evidente em que sua saúde é *pior* do que indivíduos de sua mesma idade. Outros autores mostraram que cerca de 80% dos indivíduos que se sabiam ser hipertensos apresentavam pressão arterial maior do que 140/ 90 mmHg. Considerando apenas os indivíduos hipertensos que seguiam tratamento medicamentoso, somente 25,6% atingiam controle dos seus níveis pressóricos.

Nota-se ainda que a prevalência do DM e da hipertensão vem aumentando em todo o mundo nos últimos anos e a precocidade do surgimento da doença nas últimas décadas, mostrando que a intervenção preventiva relacionada ao estilo de vida ainda é limitada. Possivelmente a informação educacional para um bom estilo de vida chegue muito tarde para estes indivíduos.

O Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmicas acabam por constituírem-se em um dos maiores problemas e desafios de saúde pública mundial, pela sua prevalência e por poder ser modificada pela adoção de um estilo de vida mais saudável, sob a ótica que a informação tem o poder de mudar padrões previamente já estabelecidos e na formação de novos hábitos. Não obstante dentre as limitações deste estudo esteja o fato do instrumento que avalia o estilo de vida levar em consideração apenas o último mês. Sugerindo-se a partir daí que mais estudos de preferência do tipo coorte sejam realizados para estabelecer esta associação entre a causa e o efeito.

## CONCLUSÃO

Este estudo avaliou o estilo de vida de indivíduos com diabetes e hipertensão comparados com indivíduos saudáveis, e nos permite concluir que indivíduos diabéticos e hipertensão têm um pior estilo de vida do que indivíduos saudáveis e que a percepção do estado de saúde geral também é pior entre indivíduos com diabetes e hipertensão o que se torna mais grave quando a doença não está controlada. Logo inferimos assim ser possível que a mudança no estilo de vida seja eficiente para reduzir a prevalência de hipertensão e diabetes bem como auxiliar no controle no quadro das doenças já estabelecidas.

## REFERÊNCIAS

- ALVES L.C; RODRIGUES R.N. Determinantes da auto percepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. [Internet]. 2005;17(5):333-41 [Acesso 16 out 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26270.pdf>
- BUSS P.M; PELLEGRINI FILHO A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis** [Internet]. 2007;17(1):77-93 [Acesso 10 out 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>.
- FERNANDEZ J.C.A; ANDRADE E.A; PELICIONI M.C.F; PEREIRA I.M.T.B. Promoção da saúde: elemento instituinte?. **Saúde e Sociedade**. [Internet]. 2008;17(1):153-64 [Acesso 10 out 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902008000100014>.

---

FERREIRA G.M.F; STAUT T.C.P; ARAUJO S.P; OLIVEIRA N.C; PORTES L.A. Estilo de vida entre brasileiros Adventistas do Sétimo Dia. **Lifestyle Journal**. [Internet]. 2011;1(1):17-25 [Acesso 10 out 2016]. Disponível em: <https://revistas.unasp.edu.br/LifestyleJournal/article/view/132/131>.

KASON Y, YLANKO V.J. FANTASTIC lifestyle assessment: part 5 measuring lifestyle in family practice. **Canadian Family Physician**. [Internet]. 1984 [Access 16 November 2016];30(11):2379-83. Available from: <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC2154106&blobtype=pdf>.

LALONDE, Marc. **A new perspective on the health care of Canadians: A working document**. Ottawa, ON: Government of Canada, 1974.

LEBRÃO M.L; LAURENTI R. Saúde, Bem-estar e Envelhecimento - O Projeto Sabe no município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. [Internet]. 2005;8(2):127-41 [Acesso 16 out 2016]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/05.pdf>.

MARCELLINI F; LEONRDI F; MARCUCCI A; FREDDI A. Health perception of elderly people: the results of a longitudinal study. **Arch Gerontol Geriatr**. [Internet]. 2002 [Access October 16 2016];35(8):181-9. Available from: [http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943\(02\)00131-0/pdf](http://www.aggjournal.com/article/S0167-4943(02)00131-0/pdf). doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0167-4943\(02\)00131-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0167-4943(02)00131-0)

MARTINS L.M, FRANCA A.P.D, KIMURA M. Quality of life of people with chronic illness. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. [Internet]. 1996 [Access October 10 2016];4(3):5-18. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11691996000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691996000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691996000300002>.

MAROCO J; GARCIA-MARQUES T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. **Laboratório de Psicologia**. [Internet]. 2006;4(1):65-90 [Acesso 11 out 2016]. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>.

MEIRELLES B.H.S; ERDMANN A.L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde** [Internet]. 2006;5(1):67-74 [Acesso 10 out 2016]. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5113/3328>

MEYER K.A; KUSHI L.H; JACOBS D.R.J; SLAVIN J; SELLERS T.A; FOLSON A.R. Carbohydrates, dietary fiber, and incidence of type 2 diabetes in older women. **Am J Clin Nutr**. [Internet]. 2000 [Access October 10 2016];71(4):921-30. Available from: <http://ajcn.nutrition.org/content/71/4/921.long>.

MIRANDA, M. K. V. **Influência do estilo de vida e qualidade de vida nos exames de sangue**. São Paulo, 2017. 91f. Dissertação (Mestrado Profissional em Promoção da Saúde) – Centro Universitário Adventista de São Paulo, São Paulo, 2017.

MOREIRA E.A.M; BATISTA S.M.M; WAZLAWIK E; NEZELLA E; GALEGO S.R. Experience with a continuing educational program in diabetic patients seen at Hospital Universitário (UFSC). **Rev. Ciênc. Saúde**. 1995;14(1):69-84.

PÔRTO E.F; KUMPEL C, CASTRO, A.A.M; OLIVEIRA I.M; ALFIERI, F.M. Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. **Acta fisiátrica**. [Internet]. 2015;22(4):199-

---

205 [Acesso 10 out 2016]. Disponível em:  
[http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=606](http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=606).

REICHENHEIM E.M; MORAES C.L. Qualidade dos instrumentos epidemiológicos. In: **Epidemiologia: fundamentos, métodos e aplicações**. Almeida-Filho N, Barreto M. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011.

RODRIGUEZ-ANEZ C.R; REIS R.S; PETROSKI E.L. Versão brasileira do questionário Estilo de Vida Fantástico: tradução e validação para adultos jovens. **Arq. Bras. Cardiol.** [Internet]. 2008;91(2):102-9 [Acesso 11 out 2016]. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2008001400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2008001400006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001400006>.

SALMERON J; HU F.B; MANSON J.E; STAMPFER M.J; COLDITZ G.A; RIMM E.B; et al. Dietary fat intake and risk of NIDDM in women. **Am J Clin Nutr.** [Internet]. 2001 [Access October 10 2016];73(6):1019-26. Available from:  
<http://ajcn.nutrition.org/content/73/6/1019.long>.

SCLiar M. História do conceito de saúde. **Physis** [Internet]. 2007;17(1):29-41 [Acesso 10 out 2016]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100003>.

SHARRATT, Jacqueline K; SHARRATT, Michael T; SMITH, Diana M; HOWELL, Marion J; DAVENPORT, Lynda. FANTASTIC lifestyle survey of University of Waterloo employees **Canadian Family Physician**, v. 30, 30, p. 1869-72, September, 1984.

SLAVÍČEK J; KITTNAR O; FRASER G.E; MEDOVÁ E; KONEČNÁ J; ŽIŽKA R. Lifestyle Decreases Risk Factors for Cardiovascular Diseases. **Central European journal of public health.** [Internet]. 2008 [Access October 16 2016];16(4):161-64. Available from:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2745100/pdf/nihms130799.pdf>

SOUZA A.C, OLIVEIRA I.M, MARTINS L.T. Promoção da saúde: espaço interdisciplinar para o estudo do estilo de vida. **Lecturas Educación Física y Deportes** [Internet]. 2016;218(7):1-4 [Acesso 10 out 2016]. Disponível em:  
<http://www.efdeportes.com/efd218/promocao-da-saude-espaco-interdisciplinar.htm>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol.** [Internet]. 2010;95(supl.1):1-51 [Acesso 11 out 2016]. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009.** [Internet]. 2009 [Acesso 11 out 2016]. Disponível em:  
<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/270/11%20%20%202009%20diretrizes%20diabete.pdf?sequence=1>.

SIMPSON, R. et al. Lifestyle assessment: Part 4. The Halton health promotion survey. **Canadian Family Physician**, v. 30, p. 2147-55, October, 1984.

TUOMILEHTO J; LINDSTROM J; ERIKSSON J; VALLE T; HAMALAINEN H; ILANNE PARIKKA P. Prevention of Type 2 Diabetes mellitus by Changing in Lifestyle Among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. **N Eng J Med**. [Internet]. 2001 [Access October 16 2016];344(18):343-50. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM200105033441801>.

TUOMILEHTO J; LINDSTROM J. Clinical Trials Confirm that Type 2 Diabetes Mellitus is Preventable. **Diabetes Voice**. [Internet]. 2003 [Access October 16 2016];48:40-2. Available from: [https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article\\_79\\_en.pdf](https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_79_en.pdf).

WILSON, Douglas MC; NIELSEN, Eleanor; CILISKA, Donna. Lifestyle assessment: testing the FANTASTIC instrument. **Canadian Family Physician**, v. 30, p. 1863-66, September, 1984b.

WILSON, Douglas M.C; CILISKA, Donna. Lifestyle Assessment: Development And Use of the FANTASTIC Checklist. **Canadian Family Physician**, v. 30, p. 1527-32, July, 1984a.

WILSON, Douglas M.C; CILISKA, Donna. Lifestyle Assessment: Helping Patients Change Health Behaviors. **Canadian Family Physician**, v. 30, p. 1665-70, August, 1984b.

# EFEITOS DA CINESIOTERAPIA SOBRE A FORÇA DE PREENSÃO PALMAR EM INDIVÍDUOS COM DOENÇAS REUMÁTICAS

## EFFECTS OF KINESIOTHERAPY ON PALMAR GRIP STRENGTH IN INDIVIDUALS WITH RHEUMATIC DISEASES

Matheus Santos Gomes Jorge<sup>1</sup>  
Willian Guerra de Lima<sup>2</sup>  
Patrícia Rodigheri Vieira<sup>3</sup>  
Letícia Antonioli Siiss<sup>4</sup>  
Caroline Zanin<sup>5</sup>  
Sabrina Casarin Vogelmann<sup>6</sup>  
Lia Mara Wibelinger<sup>7</sup>  
Luciane Daroit<sup>8</sup>

Recebido em: 31 jul. 2017  
Aceito em: 24 abr. 2018

**RESUMO:** Introdução: as doenças reumáticas apresentam manifestações musculoesqueléticas e sistêmicas que podem acometer quaisquer regiões do corpo. No caso das mãos, uma das manifestações é a diminuição da força de preensão palmar destes indivíduos. Objetivo: verificar os efeitos da cinesioterapia sobre a força de preensão palmar em indivíduos com doenças reumáticas. Material e métodos: estudo longitudinal e intervencionista com 24 indivíduos portadores de doenças reumáticas (osteoartrite, artrite reumatoide, fibromialgia, lúpus eritematoso sistêmico, esclerose sistêmica e dermatopolimiosite), com idade média de 50,23 anos. Os indivíduos realizaram 10 sessões de fisioterapia, baseadas em cinesioterapia, com exercícios globais e funcionais, 02 vezes por semana, com duração média de 50 minutos, de março de 2014 a novembro de 2015, na Clínica de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo/RS. As avaliações inicial e final envolveram a coleta de dados e a mensuração da força de preensão palmar, por meio da dinamometria manual. Resultados: observou-se que os indivíduos apresentaram melhora da força de preensão palmar, porém os resultados foram estatisticamente significativos apenas para a mão direita dos indivíduos com osteoartrite, para ambas as mãos dos indivíduos com artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico

---

<sup>1</sup> Fisioterapeuta, Pós-graduando do Curso de Especialização em Fisioterapia Traumatológica e mestrando do Programa de Pós-graduação em Envelhecimento Humano, Universidade de Passo Fundo.

<sup>2</sup> Graduando do Curso de Fisioterapia, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Universidade de Passo Fundo, bolsista Pibic/CNPq.

<sup>3</sup> Graduanda do Curso de Fisioterapia, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Universidade de Passo Fundo, bolsista Pibic/UPF.

<sup>4</sup> Graduanda do Curso de Fisioterapia, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Universidade de Passo Fundo.

<sup>5</sup> Graduanda do Curso de Fisioterapia, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Universidade de Passo Fundo.

<sup>6</sup> Graduanda do Curso de Fisioterapia, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Universidade de Passo Fundo, bolsista Probic/Fapergs.

<sup>7</sup> Doutora em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica/RS. Docente do Curso de Fisioterapia e do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Universidade de Passo Fundo.

<sup>8</sup> Docente do Curso de Matemática, Instituto de Ciências Exatas e Geociências, Universidade de Passo Fundo.

e para a força de preensão palmar geral dos indivíduos. Conclusão: o protocolo fisioterapêutico proposto produziu aumento da força de preensão palmar de indivíduos com doenças reumáticas.

**Palavras-chave:** Força da mão. Doenças reumáticas. Fisioterapia. Reabilitação. Exercício.

**ABSTRACT:** Introduction: rheumatic diseases present musculoskeletal and systemic manifestations that can affect any region of the body. In the case of the hands, one of the manifestations is the decrease of the handgrip strength of these individuals. Aim: to verify the effects of kinesiotherapy on handgrip strength in individuals with rheumatic diseases. Material and methods: longitudinal and interventional study with 24 individuals with rheumatic diseases (osteoarthritis, rheumatoid arthritis, fibromyalgia, systemic lupus erythematosus, systemic sclerosis and dermatopolymyositis), mean age 50.23 years. The individuals performed 10 sessions of physiotherapy, based on kinesiotherapy, with global and functional exercises, 02 times a week, with an mean duration of 50 minutes, from March 2014 to November 2015, at the Physiotherapy Clinic of Passo Fundo University, Passo Fundo/RS. The initial and final evaluations involved data collection and measurement of handgrip strength using manual dynamometry. Results: it was observed that the individuals presented improvement of the handgrip strength, but the results were statistically significant only for the right hand of individuals with osteoarthritis, for both hands of individuals with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus and for the handgrip strength of individuals. Conclusion: the proposed physiotherapeutic protocol produced an increase in the handgrip strength of individuals with rheumatic diseases.

**Keywords:** Hand strength. Rheumatic diseases. Physical therapy specialty. Rehabilitation. Exercise.

## INTRODUÇÃO

As doenças reumáticas (DR) são um grupo de patologias que podem manifestar-se de forma aguda, recorrente ou crônica. Atingem todas as faixas etárias, são caracterizadas por incapacidade funcional e podem gerar altos custos com a saúde, por meio de consultas médicas, medicamentos, reabilitação ou gastos indiretos (PORTUGAL, 2013). De acordo com a literatura, no Brasil, as DR mais incidentes são a osteoartrite, a fibromialgia, a artrite reumatoide e o lúpus eritematoso sistêmico, sendo que acometem preferencialmente o gênero feminino entre os 35 e os 40 anos (CARVALHO; COSTA; SILVA, 2013).

Dentre os segmentos corporais de suma necessidade para a independência nas atividades de vida diária se encontra a mão, um dos principais instrumentos do corpo humano, especialmente em relação a sua peculiaridade de força de preensão palmar (FPP) (DIAS et al., 2010). As DR, por sua vez, podem acometer os órgãos e os sistemas, danificando as articulações e gerando deformidades nas extremidades. Desta forma, as mãos podem ser acometidas por tais patologias, gerando diversas limitações que podem evoluir para lesões cutâneas (KALUGA et al., 2014).

Atualmente, há um consenso de diretrizes internacionais, recomendações de sociedades científicas e avaliações estruturadas de que o exercício físico deva ser prescrito

para indivíduos com DR, especialmente a cinesioterapia (MADDALI BONGI; DEL ROSSO). Isso se deve, ao possível efeito anti-inflamatório do exercício físico regular sobre essas e sua potencial capacidade de reduzir o consumo e/ou as doses das drogas imunossupressoras. Assim sendo, os objetivos consistem em atenuar os sintomas causados pelas DR, melhorar a amplitude de movimento, a força muscular, o bem estar físico e, conseqüentemente, melhorar sua qualidade de vida (GUALANO et al., 2011).

Neste sentido, o presente estudo teve como objetivo verificar os efeitos da cinesioterapia sobre a FPP de indivíduos com DR.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo longitudinal e intervencionista que faz parte de um projeto guarda-chuva denominado “Efeitos do tratamento fisioterapêutico em pacientes portadores de doenças reumáticas”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Passo Fundo sob protocolo nº 348.381 e está de acordo com resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e com a Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2000.

Inicialmente, foram recrutados para o estudo 24 indivíduos com diagnóstico clínico de alguma DR, por meio de uma amostragem não probabilística, por conveniência. Todos estavam em uma lista de espera para atendimento fisioterapêutico na Clínica de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo.

## **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO**

Os critérios de inclusão para o estudo eram indivíduos com diagnóstico clínico de alguma DR, com idade maior ou igual a 18 anos, capazes de compreender a dinâmica dos exercícios, que não estivessem realizando tratamento fisioterapêutico prévio por pelo menos 03 meses. Mediante isso, seriam excluídos do estudo atual os indivíduos que apresentassem impossibilidade física ou mental de realizar os testes solicitados, tais como amputação do membro superior ou quadro demencial associado, indivíduos com próteses em alguma articulação do membro superior e indivíduos que não completassem todas as sessões do tratamento proposto.

Todos os indivíduos concordaram em participar do estudo e assinatura o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após foram submetidos a uma avaliação inicial e final, bem como a um programa de intervenção fisioterapêutico.

## **PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS**

A avaliação pré- intervenção fisioterapêutica envolveu uma coleta de dados e



avaliação da FPP. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário sociodemográfico elaborado pelos próprios autores, contendo informações tais como, gênero, idade, histórico da doença atual, diagnóstico médico, entre outros.

A avaliação da FPP foi realizada por meio da dinamometria manual, utilizando-se o dinamômetro da marca Kratos®, cujo mesmo é um sistema hidráulico fechado, constituído por alças fixas inadaptáveis, onde aplica-se uma contração isométrica, registrada em quilogramas força (kgf), e com o visor de leitura voltado para o indivíduo permitindo-o acompanhar seu desempenho no teste (MYRA et al., 2015). O indivíduo deveria estar sentado, com cotovelo flexionado a 90° e antebraço paralelo ao chão, e aplicar uma contração isométrica máxima durante três segundos em três tentativas. Após seria realizada a média aritmética das três tentativas de cada membro (STOCKTON et al., 2011). Quanto maior o valor obtido, maior é a força de preensão palmar do indivíduo.

## PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

As sessões de fisioterapia foram realizadas na Clínica de Fisioterapia da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, da Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo/RS, entre os meses de março de 2014 a novembro de 2015. Os indivíduos realizaram 10 sessões interventivas, 02 vezes por semana, com duração média de 50 minutos. O protocolo fisioterapêutico sancionado foi a cinesioterapia, e os exercícios globais e funcionais, realizados em solo, foram delineados na seguinte ordem:

- Exercícios respiratórios com padrão diafragmático em posição sentada. Com as mãos na barriga, deveriam inspirar pelo nariz, enquanto realizavam a expansão do abdômen e, após, deveriam expirar pela boca, enquanto realizavam a contração do abdômen. Foram realizados cinco ciclos inspiratórios em três repetições;
- Mobilizações articulares passivas de punhos, metacarpos e falanges das mãos, com os indivíduos sentados e membro superior apoiado sobre uma mesa;
- Fortalecimento dos músculos flexores de ombro com os indivíduos sentados em uma bola suíça e segurando um bastão sem carga, progredindo até 02 kg, associado à rotação lateral de tronco (03 séries de 10 repetições);
- Fortalecimento de bíceps braquial com halter de 500g, progredindo até 02 kg, e com os indivíduos em pé (03 séries de 10 repetições);
- Fortalecimento dos músculos extensores de ombro com faixa elástica rosa, progredindo até a faixa elástica azul (03 séries de 10 repetições);
- Fortalecimento de músculos rotadores internos e externos de ombro com faixa elástica rosa, progredindo até a cor verde (03 séries de 10 repetições);
- Fortalecimento dos músculos abdutores de ombro com halter 500g, progredindo até 01 kg, e os indivíduos em pé (03 séries de 10 repetições);

- Fortalecimento dos membros superiores por meio das diagonais do método Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva com faixa elástica rosa, progredindo até a faixa elástica cinza (03 séries de 10 repetições);
- Exercícios para as mãos: fortalecimento de punhos com halter 500g, progredindo até 1kg (02 séries de 10 repetições); fortalecimento de dedos com exercitador de mãos e dedos da cor “vermelha carga 1.4”, progredindo até a cor “preta 4.1”, e fortalecedor de dedos em formato de rede (1 série de 10 repetições); fortalecimento de mãos com bolinhas proprioceptivas “suaves”, progredindo até a carga “média” (02 séries de 10 repetições); exercícios de motricidade fina com brinquedos de peças móveis.
- Exercícios de equilíbrio, propriocepção e transferência de peso no *balance pad*, *balance pad* em formato de disco, cama elástica, balancim e pranchas de *Freeman*, progredindo do menos complexo até o mais complexo;
- Exercício de marcha em rampas e escadas inicialmente sem obstáculos, progredindo para com obstáculos (cones, rolos e bolas) durante o percurso;
- Pompagens das regiões cervical, escapular, peitoral e sacral; desativação de *tender points* na região escapular e espinhal com o indivíduo deitado em uma maca variando nas posições de decúbito dorsal ou ventral;
- Alongamentos ativos globais no final da sessão dos principais grupos musculares dos membros superiores e inferiores e de tronco (15 segundos cada grupo muscular).

A troca de dispositivo ou da carga dos equipamentos foi determinada conforme a capacidade de cada indivíduo e obedeceu a uma contínua progressão, sendo do mais leve ou fácil até o mais pesado ou difícil. Os indivíduos foram orientados a interromper a atividade para descanso quando sentissem dificuldade para concluir as séries propostas e adotou-se intervalo de 30 segundos a 1 minuto entre estas.

Após as 15 sessões de intervenção fisioterapêutica todos os parâmetros foram reavaliados.

## ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a análise estatística foi utilizado o programa Microsoft Excel 2010 e o programa Wilcoxon. A estatística descritiva foi utilizada para caracterizar a amostra do estudo atual o teste t de *Student* de amostras pareadas foi utilizado para analisar as variáveis pré e pós intervenção, considerando uma significância de  $p \leq 0,05$ .

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os indivíduos inicialmente recrutados preencheram os critérios de inclusão

---

deste estudo e realizaram todas as sessões de fisioterapia propostas. A idade média dos participantes foi de  $\pm 50,23$  anos.

A tabela 1 apresenta os dados da caracterização da amostra estudada.

**Tabela 1:** Caracterização do perfil socioeconômico e das condições de saúde da amostra estudada

| Variáveis                                 | Representação |       |
|---|---------------|-------|
|   | N             | (%)   |
| <b>Diagnósticos clínicos</b>              |               |       |
| Osteoartrite                              | 06            | 25,0  |
| Artrite reumatoide                        | 05            | 20,83 |
| Fibromialgia                              | 04            | 16,66 |
| Lúpus eritematoso sistêmico               | 03            | 12,5  |
| Esclerose sistêmica                       | 03            | 12,5  |
| Dermatopolimiosite                        | 03            | 12,5  |
| <b>Tempo de diagnóstico</b>               |               |       |
| ≤ 04 anos                                 | 04            | 16,7  |
| 05-09 anos                                | 04            | 16,7  |
| 10-14 anos                                | 08            | 33,3  |
| ≥ 15 anos                                 | 08            | 33,3  |
| <b>Gênero</b>                             |               |       |
| Feminino                                  | 21            | 87,5  |
| Masculino                                 | 03            | 12,5  |
| <b>Faixa etária</b>                       |               |       |
| ≤ 39 anos                                 | 02            | 8,3   |
| 40-49 anos                                | 06            | 25,0  |
| 50-59 anos                                | 08            | 33,3  |
| 60-69 anos                                | 03            | 12,5  |
| ≥ 70 anos                                 | 05            | 20,8  |
| <b>Escolaridade</b>                       |               |       |
| Ensino fundamental incompleto ou completo | 08            | 33,33 |
| Ensino médio incompleto ou completo       | 14            | 58,53 |
| Ensino superior incompleto ou completo    | 02            | 8,33  |
| <b>Estado civil</b>                       |               |       |
| Casados                                   | 06            | 25,0  |
| Solteiros                                 | 12            | 50,0  |
| Viúvo                                     | 05            | 20,83 |
| Separados / Divorciados                   | 01            | 4,16  |
| <b>Filhos</b>                             |               |       |
| Nenhum                                    | 09            | 37,5  |
| 01 filho                                  | 02            | 8,33  |
| 02 filhos                                 | 08            | 33,33 |
| 03 filhos ou mais                         | 05            | 20,83 |
| <b>Queixa principal</b>                   |               |       |
| Dor                                       | 19            | 79,16 |
| Fraqueza muscular                         | 04            | 16,66 |
| Perda de equilíbrio                       | 01            | 4,16  |
| <b>Uso de medicamentos</b>                |               |       |
| Sim                                       | 24            | 100   |
| Não                                       | -             | -     |
| <b>Classes medicamentosas</b>             |               |       |
| Anti-inflamatório                         | 10            | 41,66 |
| Hipotensores                              | 10            | 41,66 |
| Analgésicos                               | 09            | 37,5  |
| Repositores vitamínicos                   | 07            | 29,16 |
| Outros                                    | 13            | 54,16 |
| <b>Doenças associadas</b>                 |               |       |
| Sim                                       | 16            | 66,66 |
| Não                                       | 08            | 33,33 |

| Variáveis                              | Representação |       |
|--|---------------|-------|
|  | N             | (%)   |
| Tipos de doenças associadas            |               |       |
| Hipertensão arterial sistêmica         | 08            | 33,33 |
| Outra(s) doença(s) reumática(s)        | 06            | 25,0  |
| Hipotireoidismo                        | 04            | 16,66 |
| Diabetes mellitus                      | 04            | 16,66 |
| Doença cardiovascular                  | 02            | 8,33  |
| Outras                                 | 05            | 20,83 |
| Histórico familiar de doença reumática |               |       |
| Sim                                    | 30            | 57,0  |
| Não                                    | 22            | 42,0  |

**Legenda:** n = valor absoluto; % = valor relativo

Em linhas gerais, as DR mais predominantes foram a osteoartrite (25%) e a artrite reumatoide (20,83%). Observou-se que a amostra era predominantemente do gênero feminino (87,5%), concentrada na faixa etária dos 50 aos 59 anos (33,3%). A maioria dos indivíduos possuía diagnóstico da DR há 10 anos ou mais (66,6%), possuía escolaridade básica (91,66%), possuía pelo menos dois filhos (33,33%) e eram solteiros (50%). Apresentavam como queixa principal algum tipo de dor (79,16%). Todos faziam uso de medicamentos contínuos, sendo os anti-inflamatórios (41,66%) e os hipotensores (41,66%) os principais tipos. A maioria possuía doenças associadas (66,66%) e sendo a hipertensão arterial sistêmica a mais recorrente (33,33%). E, por fim, a maioria apresentava histórico familiar de DR (54,16%).

A tabela 2 apresenta os dados relativos à FPP da mão direita nos indivíduos do estudo atual nas fases pré e pós intervenção fisioterapêutica.

**Tabela 2:** Força de preensão palmar da mão direita pré e pós intervenção fisioterapêutica

| Tipo de doença reumática    | Pré intervenção (média ± DP) | Pós intervenção (média ± DP) | Valor de p (≤0,05) |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------|
| Osteoartrite                | 13,2 kgf ± 0,68              | 16,5 kgf ± 0,52              | 0,05*              |
| Artrite Reumatoide          | 4,4 kgf ± 0,24               | 15,9 kgf ± 0,75              | 0,02*              |
| Fibromialgia                | 13,9 kgf ± 0,86              | 17,6 kgf ± 1,16              | 0,11               |
| Lúpus eritematoso sistêmico | 3,6 kgf ± 0,23               | 16,5 kgf ± 0,60              | 0,05*              |
| Esclerose sistêmica         | 14,0 kgf ± 0,87              | 13,1 kgf ± 1,06              | 0,94               |
| Dermatopolimiosite          | 4,3 kgf ± 0,49               | 21,0 kgf ± 1,34              | 0,11               |

**Legenda:** DP = desvio padrão; kgf = quilograma-força; \* = estatisticamente significativo

Notou-se que, após a intervenção fisioterapêutica, a FPP da mão direita dos indivíduos com osteoartrite, artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico apresentaram resultados estatisticamente significativos ( $p \leq 0,05$ ).

A tabela 3 apresenta os dados relativos à FPP da mão esquerda nos indivíduos do estudo atual nas fases pré e pós intervenção fisioterapêutica.

**Tabela 3:** Força de preensão palmar da mão esquerda pré e pós intervenção fisioterapêutica

| <b>Tipo de doença reumática</b> | <b>Pré intervenção (média ± DP)</b> | <b>Pós intervenção (média ± DP)</b> | <b>Valor de p (≤0,05)</b> |
|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| Osteoartrite                    | 10,9 kgf ± 0,79                     | 15,6 kgf ± 0,44                     | 0,19                      |
| Artrite Reumatoide              | 5,6 kgf ± 0,28                      | 16,3 kgf ± 0,71                     | 0,01*                     |
| Fibromialgia                    | 11,7 kgf ± 0,72                     | 14,8 kgf ± 0,98                     | 0,14                      |
| Lúpus eritematoso sistêmico     | 3,6 kgf ± 0,05                      | 16,8 kgf ± 0,24                     | 0,008*                    |
| Esclerose sistêmica             | 12,6 kgf ± 0,64                     | 18,1 kgf ± 0,43                     | 0,35                      |
| Dermatopolimiosite              | 4,6 kgf ± 0,37                      | 17,6 kgf ± 1,19                     | 0,16                      |

Legenda: DP = desvio padrão; kgf = quilograma-força; \* = estatisticamente significativo

Notou-se que, após a intervenção fisioterapêutica, a FPP da mão esquerda dos indivíduos com artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico apresentaram resultados estatisticamente significativos ( $p \leq 0,05$ ).

A tabela 4 apresenta os dados referentes a FPP geral das mãos direita e esquerda dos indivíduos nas fases pré e pós intervenção fisioterapêutica.

**Tabela 4:** Força de preensão palmar geral pré e pós intervenção fisioterapêutica.

|              | <b>Pré intervenção (média ± DP)</b> | <b>Pós intervenção (média ± DP)</b> | <b>Valor de p (≤0,05)</b> |
|--------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| Mão direita  | 9,3 kgf ± 0,73                      | 16,7 kgf ± 0,81                     | 0,001*                    |
| Mão esquerda | 8,4 kgf ± 0,62                      | 16,3 kgf ± 0,64                     | 0,00001*                  |

Legenda: DP = desvio padrão; kgf = quilograma-força; \* = estatisticamente significativo

Após a intervenção fisioterapêutica, a FPP de ambas as mãos apresentaram melhora estatisticamente ( $p \leq 0,05$ ).

A mão tem uma função isométrica de preensão palmar com finalidade de prender algum objeto com os dedos parcialmente fletidos contra a palma, utilizando a contrapressão do polegar aduzido. Contrações musculares intrínsecas e extrínsecas ocorrem de forma conjunta durante este movimento permitindo uma estabilização da articulação do punho durante os movimentos dos dedos sobre a mão que, desta forma, poderá realizar suas atividades de vida diária (DIAS et al., 2010; KISNER; COLBY; CAROMANO, 2009; CIMA et al., 2013).

Neste sentido, a avaliação da FPP torna-se uma medida válida e confiável realizada para comparar a eficácia de vários procedimentos, avaliar a funcionalidade dos indivíduos e definir metas para o tratamento (FIGUEIREDO et al., 2007), sendo esta testada por meio da dinamometria manual, um método capaz de avaliar a condição física dos membros superiores. Apresenta grande aplicabilidade, baixo custo, não invasividade e capacidade de detectar precocemente distúrbios metabólicos musculares que interfiram na capacidade dos músculos em produzir força (NOVAES et al., 2009). O que justifica a escolha deste método como forma de avaliação para os indivíduos com doenças reumáticas.

A mensuração da FPP pela dinamometria manual estima a força gerada pelos músculos flexores da mão e do antebraço. Este método torna-se um meio importante para acompanhar os seres humanos em diversas situações da vida, entre elas o surgimento de

---

lesões e procedimentos de reabilitação (HOGREL, 2015). O que levou aos autores optar pela avaliação da FPP nos indivíduos com DR do estudo atual, onde foi possível observar déficits na fase pré intervenção fisioterapêutica e correções na fase pós intervenção.

A força muscular é equivalente ao número de sarcômeros que estão presentes no músculo a serem recrutados durante uma contração e a forma como se dispõe. Há vários fatores que podem influenciá-la, como a idade, o gênero, as características antropométricas e fatores fisiológicos do tecido muscular (alterações de temperatura, pH, fluxo sanguíneo e acúmulo de produtos metabólicos celulares) (GUYTON; HALL, 2000; HEFFERNAN et al., 2012). Fatores que estes que podem ter influenciado nos resultados obtidos para análise dos indivíduos, onde algumas DR apresentaram melhora estatisticamente significativa na FPP e outras não.

Em condições patológicas como a osteoartrite a articulação entre o carpo e o polegar pode ser comprometida, resultando na degeneração das superfícies articulares e interferindo na funcionalidade das mãos e, logicamente, da FPP (LEE et al., 2012). Nestes indivíduos a FPP correlaciona-se proporcionalmente com a funcionalidade das mãos e a dinamometria manual parece ser um meio adequado e de alta confiabilidade para avaliar a esta medida (NUNES et al., 2012; VILLAFANE et al., 2015). Visto que a osteoartrite pode acometer as mãos, é que este estudo preocupou-se em analisar a FPP nestes indivíduos. Apesar de não terem sido encontrados na literatura estudos semelhantes ao nosso em indivíduos com osteoartrite, pode-se observar que houve melhora estatisticamente significativa na FPP da mão direita destes indivíduos.

Na artrite reumatoide a FPP pode ser impactada por meio da inflamação persistente que causa destruição da articulação, desequilíbrio ligamentar e muscular acarretando em um desuso do membro afetado (IOP et al., 2015). Ainda, a perda da função das mãos pode ocasionar limitações e restrições da participação dos indivíduos com artrite reumatoide nas atividades em geral, bem como impactar na sua qualidade de vida (ØSTERÅS; KJEKEN, 2015). Neste sentido, um estudo buscou verificar a FPP em mulheres com artrite reumatoide. O grupo intervenção (n=09 com a doença) e o grupo controle (n=10 sem a doença) foram submetidos a avaliação da FPP por meio da dinamometria manual, onde constatou-se que o grupo intervenção apresentou como queixa principal a dor e diminuição da FPP em relação aos indivíduos sem a doença (IOP et al., 2015). O que concorda com este estudo, visto que a maioria dos indivíduos apresentou a dor como queixa principal e os indivíduos com artrite reumatoide apresentaram impacto na FPP, assim como os indivíduos com outras DR.

Um estudo com 490 indivíduos com artrite reumatoide, randomizou-os em grupo intervenção (n=246) e grupo controle (n=244). O grupo intervenção realizou exercícios de fortalecimento e alongamento para os punhos e para as mãos, enquanto o grupo controle realizou apenas cuidados habituais e ao final do estudo os indivíduos que realizaram a fisioterapia apresentaram melhora na funcionalidade da mão, de acordo com o *Michigan Hand Outcome Questionnaire* (WILLIAMS et al., 2015). O que vai ao encontro do estudo atual, pois observou-se que houve melhora estatisticamente significativa da FPP em ambas

as mãos do grupo de indivíduos com artrite reumatoide após as sessões de fisioterapia.

Alguns estudos têm referenciado que indivíduos com fibromialgia apresentam impacto na FPP se comparados a indivíduos sem a doença (CARDOSO et al., 2011; APARICIO et al., 2011). Um estudo que avaliou a FPP em 31 mulheres (16 com fibromialgia e 15 sem fibromialgia) observou que os portadores da doença apresentavam FPP de 20,9 kgf na mão esquerda e de 22,7 kgf na mão direita, enquanto nos indivíduos saudáveis a FPP foi de 27,0 kgf na mão esquerda e de 26,8 kgf na mão direita (CARDOSO et al., 2011).

O outro estudo avaliou 125 mulheres que foram randomizadas em grupo com fibromialgia (n= 81) e grupo sem fibromialgia (n= 44). Verificou-se que a FPP apresentou níveis menores nas mulheres com FM em relação as não portadoras da doença. Ainda, notou-se que quanto maior a gravidade da doença, menores eram os níveis de FPP (APARICIO et al., 2011). Desta forma, pode-se imaginar que a fibromialgia possa interferir na FPP, pois interferem na força muscular e na funcionalidade das mãos. O que concorda com o presente estudo que verificou impacto na FPP dos indivíduos com fibromialgia na fase pré intervenção.

Assim como nos indivíduos com osteoartrite, não foram encontrados estudos que comparassem a FPP pré e pós intervenção fisioterapêutica. Porém, neste estudo, constatou-se que os indivíduos com fibromialgia não apresentaram melhora estatisticamente significativa na FPP após a intervenção fisioterapêutica.

Aproximadamente, 90% dos indivíduos com lúpus eritematoso sistêmico relatam frequentemente dores, edemas e derrames articulares com artrite não erosiva principalmente nas mãos. Os comprometimentos articulares periféricos podem impactar na funcionalidade e na qualidade de vida dos portadores de lúpus eritematoso sistêmico (MYRA et al., 2015; VIANNA; SIMÕES; INFORZATO, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2011; BALSAMO, 2012). Fatores estes que poderiam desencadear um processo de impacto na FPP dos indivíduos com lúpus eritematoso sistêmico.

Com base nisto, um estudo de caso envolveu um indivíduo do gênero feminino (49 anos), portadora de lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatoide há 15 anos. Este foi submetido a 15 sessões de fisioterapia, baseadas em cinesioterapia, 02 vezes semanais, durante 03 meses. A intervenção objetivou o alívio da dor, a redução da rigidez, o aumento da amplitude de movimento e da FPP. Após a intervenção, o indivíduo apresentou aumento da FPP de 2,3kgf na mão direita para 7,5kgf e de 3,3kgf na mão esquerda para 6,5kgf (MYRA et al., 2015). O que vai ao encontro do presente estudo, cujo mesmo analisou a FPP em indivíduos com lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatoide, e baseou-se, também, em cinesioterapia. Ao final, houve melhora estatisticamente significativa na FPP em ambas as DR.

Concordando com os resultados obtidos neste estudo em relação aos indivíduos com lúpus eritematoso sistêmico, outros estudos de caso realizados com indivíduos com lúpus eritematoso sistêmico associado a outras DR também evidenciaram resultados positivos sobre a FPP. Ambos submeteram os indivíduos com lúpus eritematoso sistêmico

a um programa de cinesioterapia e hidrocinestioterapia. Enquanto um (JORGE; COMIN; WIBELINGER, 2016) encontrou aumento da FPP em 1,56kgf para a mão esquerda e 1,09kgf para a mão direita, o outro (JORGE et al., 2017) encontrou aumento de 2,2kgf para a mão direita e 1,2kgf para a mão esquerda.

A esclerose sistêmica e a dermatopolimiosite são patologias de ordem reumática que, juntamente com o lúpus eritematoso sistêmico, formam o subgrupo das doenças do tecido conjuntivo. Estas patologias também podem apresentar envolvimento das mãos em suas manifestações clínicas (JORGE; SCHNORNBERGER; SANTOS, 2017).

A esclerose sistêmica tem como manifestação principal o Fenômeno de Raynaud. Esta é a característica mais comum e a primeira a surgir, acometendo as extremidades como as mãos e os pés. Ele intensifica-se com situações de estresse e de frio, produzindo agravos como isquemias e ulcerações digitais e necrose tecidual. Ainda, estes indivíduos apresentam deficiência de vitamina D, o que pode interferir em aspectos como a qualidade de vida e a capacidade de produzir uma FPP de boa qualidade (JORGE; SCHNORNBERGER; SANTOS, 2017; KAYSER; CORRÊA; ANDRADE, 2009; MACHADO; SOUTO; FREIRE, 2014; SAMPAIO-BARROS et al., 2016). Neste estudo os sujeitos com esclerose sistêmica não demonstraram melhora estatisticamente significativa nas avaliações pré e pós intervenção, possivelmente em virtude dos períodos de exacerbação do Fenômeno de Raynaud apresentado por estes.

Os resultados obtidos neste estudo com relação a FPP dos indivíduos com esclerose sistêmica, divergem dos resultados encontrados em um estudo de caso realizado com um idoso longevo portador de esclerose sistêmica. Os autores submeteram o indivíduo a 15 sessões de cinesioterapia e demonstraram aumento da FPP da mão direita em 11,1kgf e da mão esquerda em 19 kgf (DeMARCO et al., 2017).

Na dermatopolimiosite o principal sintoma é a fraqueza muscular. Além desta, os indivíduos podem apresentar acometimentos sistêmicos, tais como artrite simétrica não erosiva, Fenômeno de Raynaud e acometimento das mãos. As mãos adquirem aparência de “mãos de mecânico”, caracterizado por descamações, fissuras, ceratose e hiperpigmentação simétrica e não pruriginosas nas palmas. Neste sentido, a avaliação dos indivíduos com dermatopolimiosite deve envolver testes específicos, como a dinamometria manual (DOURMISHEV; DOURMISHEV; SCHWARTZ, 2002; BABIĆ-NAGLIĆ, 2012; BARROS et al., 2014). É observado que as DR diminuem a funcionalidade do segmento afetado, entretanto os resultados dos indivíduos com dermatopolimiosite não foram estaticamente significativos após a intervenção fisioterapêutica proposta, pois a perda de força muscular torna-se um agravante que pode contribuir para o impacto da FPP nestes indivíduos.

Assim como em outras doenças já citadas neste artigo, não foram encontrados estudos que envolvessem o tratamento fisioterapêutico específico para as mãos em indivíduos com dermatopolimiosite.

Algumas limitações podem ser observadas no estudo atual. Uma delas é a carência



literária em estudos semelhantes ao nosso, dificultando a estratégia de elaboração para um protocolo fisioterapêutico específico para a FPP de indivíduos com DR. Outro ponto que pode limitar o presente estudo, seria a falta de um grupo controle sem DR para comparar com os dados coletados. Embora o tamanho amostral seja restrito, este estudo abre a possibilidade para novas discussões de abordagens fisioterapêuticas que sejam eficazes para a melhora estatisticamente significativa da FPP em indivíduos com diferentes DR.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, o programa fisioterapêutico proposto foi benéfico para a melhora da FPP da mão direita nos indivíduos com osteoartrite, da FPP bilateral dos indivíduos com artrite reumatoide e lúpus eritematoso sistêmico. Além disso, houve melhora estatisticamente significativa na FPP geral bilateral dos indivíduos com DR.

## REFERÊNCIAS

- APARICIO, V. A. et al. Handgrip strength test as a complementary tool in the assessment of fibromyalgia severity in women. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Philadelphia, v. 92, n. 1, p. 83-88, 2011.
- BABIĆ-NAGLIĆ, D. Exercises in patients with myositis-active treatment intervention? **Reumatizam**, Milão, v. 59, n. 2, p. 73-76, 2012.
- BALSAMO, S. **Análise comparativa da aptidão física de mulheres com lúpus eritematoso sistêmico**. 2012. 107f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) — Universidade de Brasília, Brasília.
- BARROS, T. B. M. et al. Nefropatia por IgA e polimiosite: uma rara associação. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 54, n. 3, p. 231-233, 2014.
- CARDOSO, F. S. et al. Avaliação da qualidade de vida, força muscular e capacidade funcional em mulheres com fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 51, n. 4, p. 344-350, 2011.
- CARVALHO, F. M.; COSTA, M. C.; SILVA, T. C. D. Doenças reumáticas no Brasil: revisão de estudos epidemiológicos. **Lecturas Educación Física y Deportes**, Buenos Aires, v. 18, n. 184, p. 1, 2013.
- CIMA, S. R. et al. Strengthening exercises to improve hand strength and functionality in rheumatoid arthritis with hand deformities: a randomized, controlled trial. **Rheumatology International**, Berlin, v. 33, n. 1, p. 725-732, 2013.
- DeMARCO, M. et al. Efeitos da cinesioterapia sobre a força de preensão palmar e a qualidade de vida de um idoso longevo com esclerose sistêmica: relato de caso. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 128-134, 2017.

DIAS, A. J. et al. Força de preensão palmar: métodos de avaliação e fatores que influenciam a medida. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Florianópolis, v. 12, n. 3, p. 209-216, 2010.

DOURMISHEV, L. A.; DOURMISHEV, A. L.; SCHWARTZ, R. A. Dermatomyositis: cutaneous manifestations of its variants. **International Journal of Dermatology**, Philadelphia, v. 41, n. 1, p. 625-630, 2002.

FIGUEIREDO, I. M. et al. Teste de força de preensão utilizando o dinamômetro Jamar. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 104-110, 2007.

GUALANO, B. et al. Therapeutic effects of exercise training in patients with pediatric rheumatic diseases. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 51, n. 5, p. 490-496, 2011.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Textbook of Medical Physiology**. 10th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2000.

HEFFERNAN, K. S. et al. Systemic vascular function is associated with muscular power in older adults. **Journal of Aging Research**, London, v. 1, n. 1, p. 386-387, 2012.

HOGREL, J. Y. Grip strength measured by high precision dynamometry in healthy subjects from 5 to 80 years. **BMC Musculoskeletal Disorders**, London, v. 16, n. 1, p. 139, 2015.

IOP, R. R. et al. Capacidade de produção de força de preensão isométrica máxima em mulheres com artrite reumatoide: um estudo piloto. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 11-16, 2015.

JORGE, M. S. G.; COMIN, J. D. P.; WIBELINGER, L. M. Intervenção fisioterapêutica em um indivíduo com artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico e Síndrome de Sjögren: relato de caso. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 15, n. 2, p. 231-237, 2016.

JORGE, M. S. G. et al. Atuação fisioterapêutica em um indivíduo com lúpus eritematoso sistêmico associado à artrite reumatoide e à fibromialgia. **ABCS Health Sciences**, Santo André, v. 42, n. 1, p. 60-64, 2017.

JORGE, M. S. G.; SCHNORNBERGER, C. M.; SANTOS, T. Intervenção fisioterapêutica nos distúrbios do tecido conjuntivo. In: WIBELINGER, L. M. **Fundamentos em Reabilitação – Disfunções Músculo-Esqueléticas**: Prevenção e Reabilitação. 5 ed. Passo Fundo: Saluz; 2017. p. 161-76.

KALUGA, E. et al. Tactile sensitivity on the hands skin in rheumatic patients. **Postępy Dermatologii i Alergologii**, Poznań, v. 31, n. 3, p. 139-145, 2014.

KAYSER, C.; CORRÊA, M. J. U.; ANDRADE, L. E. C. Fenômeno de Raynaud. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 49, n. 1, p. 48-63, 2009.

KISNER, C.; COLBY, L. A.; CAROMANO, F. A. **Exercícios terapêuticos**: fundamentos e técnicas. 5ed. Barueri: Manole, 2009.

LEE, H. J. et al. The impact of digit-related radiographic osteoarthritis of the hand on grip-

---

strength and upper extremity disability. **Clinical Orthopaedics and Related Research**, Philadelphia, v. 470, n. 8, p. 2202-2028, 2012.

MADDALI BONGI, S.; DEL ROSSO, A. How to prescribe physical exercise in rheumatology. **Reumatismo**, Milão, v. 62, n. 1, p. 4-11, 2010.

MACHADO, R. I. L.; SOUTO, L. M.; FREIRE, E. A. M. Tradução, adaptação cultural e validação para a língua portuguesa (Brasil) do *Systemic Sclerosis Questionnaire (SySQ)*. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 54, n. 1, p. 95-101, 2014.

MYRA, R. S. et al. Força de preensão palmar em um indivíduo portador de lúpus eritematoso sistêmico e artrite reumatóide: um estudo de caso. **Lecturas Educación Física y Deportes**, Buenos Aires, v. 20, n. 209, p. 1, 2015.

NOVAES, R. D. et al. Equações de referência para a predição da força de preensão manual em brasileiros de meia idade e idosos. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 217-222, 2009.

NUNES, P. M. et al. Relationship between hand function and grip force control in women with hand osteoarthritis. **Journal of Rehabilitation Research and Development**, Washington, v. 49, n. 6, p. 855-865, 2012.

ØSTERÅS, N.; KJEKEN, I. A tailored hand exercise program improves function of the rheumatoid hand. **Journal of Physiotherapy**, Hawthorn, v. 61, n. 2, p. 96, 2015.

PORTUGAL. **Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas**. 2013. Disponível em: <http://www.myos.pt/downloads/circularpncondoençasreumaticas.pdf>. Acesso em: 31 jun. 2017.

SAMPAIO-BARROS, M. M. et al. Low vitamin D serum levels in diffuse systemic sclerosis: a correlation with worst quality of life and severe capillaroscopic findings. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 56, n. 4, p. 337-344, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Cartilha Lúpus**. p. 1-21, 2011.

STOCKTON, K. A. et al. Test-retest reliability of hand-held dynamometry and functional tests in systemic lupus erythematosus. **Lupus**, Houndmills, v. 20, n. 2, p. 144-150, 2011.

VIANNA, R.; SIMÕES, M. J.; INFORZATO, H. C. B. Lúpus Eritrematoso Sistêmico. **Revista Ceciliansa**, Santos, v. 2, n. 1, p. 1-3, 2010.

VILLAFANE, J. H. et al. Reliability of handgrip strength test in elderly subjects with unilateral thumb carpometacarpal osteoarthritis. **Hand (NY)**, New York, v. 10, n. 2, p. 205-209, 2015.

WILLIAMS, M. A. et al. Strengthening And stretching for Rheumatoid Arthritis of the Hand (SARAH). A randomised controlled trial and economic evaluation. **Health Technology Assessment**, Winchester, v. 19, n. 19, p. 1-222, 2015.

# ANÁLISE DE RISCOS ERGONÔMICOS NO SETOR DE ACABAMENTO EM UMA CONFECÇÃO DE CAMISARIA

## ANALYSIS OF ERGONOMIC RISKS IN THE FINISHING SECTOR IN A T-SHIRT MANUFACTURE

Josiane Aparecida Cardoso de Souza<sup>1</sup>  
Priscila França Gonzaga<sup>2</sup>  
Mauro Lúcio Mazini Filho<sup>3</sup>

Recebido em: 16 ago. 2017  
Aceito em: 10 jun. 2018

**RESUMO:** O objetivo desse trabalho foi analisar as condições ergonômicas no setor de acabamento de uma confecção de camisaria feminina situada na Zona da Mata Mineira. Através da pesquisa de campo qualitativa e quantitativa, utilizou-se questionário adaptado contendo dados sobre perfil, condições de trabalho e saúde dos trabalhadores, o check list de Couto, o mapa corporal de Corllet, a NR 17, além de análise Antropométrica e identificação dos riscos ergonômicos. Os principais resultados deste, mostraram a necessidade de mudanças do posto de trabalho, implantação da ginástica laboral, entre outras medidas.

**Palavras-chave:** Ergonomia. Posturas. LER/DORT.

**ABSTRACT:** The goal of this present work was that of evaluating the ergonomic or biotechnological conditions in the finishing end department of a clothes factory skilled in social female shirts, located in the east of the state of Minas Gerais. By means of a qualitative and quantitative, through the utilization of a specific questionnaire comprising data on profile, work and health working conditions, as well as the Check List of Couto, the Corllet bodily map, the NR 17, Anthropometrics Analysis, beyond identification of ergonomic risks. The main results of this, demonstrate the need changes in workstations, the deployment of labor gymnastic, between steps necessities.

**Keywords:** Ergonomics. Postures. RSI / WMSD.

## INTRODUÇÃO

Os riscos ergonômicos são aqueles que podem interferir na relação harmônica entre trabalho e o homem, podendo ocasionar danos à saúde do trabalhador alterando seu estado fisiológico ou emocional, ou comprometer a segurança no ambiente de trabalho e a produtividade da empresa (MARQUES, 2011).

O estudo sobre Lesões Músculo-Esqueléticas Ligadas ao Trabalho (LMELT) tem

---

<sup>1</sup> Faculdades Integradas de Cataguase.

<sup>2</sup> Faculdades Integradas de Cataguase.

<sup>3</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora.

sido atenção de distintas avaliações ergonômicas, independentemente se são lesões agudas ou cumulativas, sendo considerado risco ergonômico que tem por consequência uma lesão ocasionada ao longo do tempo devido fatores acumulativos (SOARES, SILVA, 2012).

Patussi (2005) afirma que o desconforto ou a dor causada pelo exercício da função, podem ser considerados como indicadores na percepção de problemas no corpo do funcionário, além de servir como alerta de problemas futuros de saúde.

Coury (1994) alega que os sintomas musculoesqueléticos detectados podem estar relacionados à sensação de peso, formigamento, percepção física desagradável e fadiga. De acordo com Vitta, Bertaglia, Padovani (2008), para diminuir e/ou prevenir tais sintomas é necessário planejar e/ou replanejar as tarefas realizadas, o ambiente físico de trabalho, etc.

A ergonomia busca relacionar o entendimento entre o homem e o ambiente do trabalho através da aplicação de princípios, em que tem como objetivo trazer segurança, bem estar e conforto ao trabalhador. Esta é regida pela Norma Regulamentadora - NR 17 (1978).

O presente trabalho objetivou analisar o ambiente ergonômico do setor de acabamento de uma empresa do ramo de confecção de camisas sociais femininas na Zona da Mata Mineira. Para isso foi realizado um estudo quali-quantitativo de caráter explicativo utilizando procedimentos técnicos de levantamento. Desta forma identificaram-se os riscos ergonômicos, as dores causadas pelo trabalho, variáveis antropométricas de cada setor, o risco do profissional de desenvolver LER/DORT e investigações com os mobiliários de acordo com a NR 17.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

A empresa está no mercado desde 1994, fabrica roupas na cidade com marca própria e para outras empresas. É composta por 60 pessoas, sendo 55 mulheres e 5 homens, com faixa etária entre 16 a 59 anos.

Os 60 colaboradores são distribuídos em tais setores: financeiro, 2 funcionários (2 mulheres); produção, 31 funcionários (4 homens e 27 mulheres); modelagem (1 mulher); corte, 2 funcionários (2 mulheres); pilotagem, 2 funcionários (2 mulheres) e acabamento 22 funcionários (1 homem e 21 mulheres). Juntos chegam a produzir 9900 peças por mês.

A abordagem da pesquisa é quali-quantitativa, pois traduz em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las, considerando uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito.

Quanto ao objetivo da pesquisa, ele é de caráter explicativo; pois visa identificar fatores colaborativos ao determinar a ocorrência de fenômenos, aprofundar o conhecimento da realidade e utilizar procedimentos técnicos de levantamento, envolvendo interrogação

direta das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer.

O desenvolvimento desta pesquisa foi consentido tanto pela direção da empresa, que documentou por escrito um termo de autorização, quanto pelos funcionários, que se disponibilizaram e tiveram enorme satisfação em participar. Foi solicitado a todos participantes da pesquisa que lessem e assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) respeitando assim os cuidados éticos legais de acordo com a resolução nº 466 de 2012 no TCLE.

## AMOSTRA

A pesquisa foi realizada no setor de acabamento em que trabalham 22 funcionários. Participaram todos na análise antropométrica, mas apenas 5 responderam ao Questionário (Teixeira, 2012) e ao Diagrama de Corlett. As características amostrais dos dados antropométricos como: idade, peso, altura, IMC e do tempo de serviço foram calculados através de média ( $\bar{x}$ ) e o desvio-padrão ( $s$ ).

## INSTRUMENTOS DE PESQUISA

Para verificação dos parâmetros antropométricos utilizou-se uma balança (Filizola Brasil) para aferir o peso em quilogramas (Kg), com precisão de 0,1 kg e um estadiômetro (Sanny, Brasil) para verificação da estatura, e para essa medida em (cm) a precisão foi regulada em 0,1 cm. Sendo estas variáveis antropométricas coletadas, seguindo as recomendações sugeridas por Gordon *et al.*, (1988) e WHO (1998).

Foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) dos funcionários. O valor é obtido da divisão entre a massa corporal pela altura ao quadrado. Analisando-se a em qual grupo se encaixa (peso normal, obesidade, etc.) o profissional, a fim de tomar decisões necessárias.

Para a avaliação musculoesquelética, foi utilizado o questionário de Couto (1995). Composto por 25 questões relacionadas à força com as mãos, postura no trabalho, repetitividade, entre outros. Ao final é realizado o somatório das respostas, que fornecem os dados de interpretação do risco de desenvolver LER/DORT, que varia desde ausência de risco até altíssimo risco dos fatores biomecânicos.

Foi utilizado um diagrama de corpo Corlett (1995), onde o funcionário assinala os locais de desconforto/dor, o grau de desconforto (nenhum, algum, moderado, bastante, intolerável) e o período que sentiu as respectivas dores/desconforto (últimos 30 dias, até 12 meses, mais de um ano).

Foi utilizado o questionário de Teixeira (2012) devidamente adaptado com os objetivos do estudo. Foi composto de três partes, assim distribuídas: dados sócios demográficos (sexo, idade, etc.); caracterizações das demandas das cargas de trabalho

(função, tempo de trabalho, etc.); perfis de condições de saúde (queixas de desconforto relacionado ao trabalho).

Por fim, foram verificados mobiliários, equipamentos, ferramentas, organização do trabalho, entre outros, que se fazem necessárias para melhorias do posto de quanto como determina a NR 17.

Neste trabalho foram utilizados os métodos de estatística descritiva. E as análises estatísticas foram realizadas no *software* computacional *Excel 2007* para *Windows*.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### IDENTIFICAÇÃO DOS RISCOS ERGONÔMICOS NO SETOR DE ACABAMENTO UMA CONFECÇÃO DE CAMISARIAS EM DONA EUZÉBIA-MG

Depois de o tecido passar pelo setor de corte, setor de produção, ele vai para o setor de acabamento. O acabamento é a seção onde são executadas as operações finais, com alguns componentes já unidos, este recebe os tecidos do setor de produção, visando à melhoria na qualidade ou complementação do produto. Dentre essas operações estão: casear, pregar botão, pregar etiqueta, passar e embalar. É realizada uma inspeção e limpeza, retirando pontos de linha em excesso ou até mesmo operações mal realizadas, de acordo com a figura 1:

**Figura 1:** Execução do caseamento das camisas no setor de acabamento.



**Fonte:** Própria.

Como estabelece a NR 17 para trabalho manual sentado as bancadas, mesas, escrivaninhas devem ter fácil alcance e visualização pelo trabalhador. De acordo com a figura 1, no setor de acabamento, os caixotes onde são colocadas as peças prontas situam-se muito abaixo do desejável, o que força o trabalhador a posturas inadequadas.

Segundo Cunha (2013) em seu estudo realizado no setor de acabamento de uma confecção de roupas, foi verificado que as peças semi-prontas são colocadas em cima das coxas dos colaboradores para realização do trabalho, prejudicando assim seu desempenho e sua postura. Este sugere adaptações ao mobiliário do posto de trabalho de acordo com a NR 17, que propõem para trabalho manual sentado as bancadas, mesas, escrivaninhas e os painéis possuírem altura e características da superfície de trabalho compatíveis com o tipo de atividade, com distância requerida dos olhos ao campo de trabalho e com altura do assento.

O quadro 1 mostram as funções, as atividades executadas pelos funcionários no setor de acabamento e os respectivos riscos ergonômicos a quais estão submetidos.

**Quadro 1:** Funções, atividades e riscos ergonômicos no setor de acabamento na indústria de camisaria .

| <b>FUNÇÃO</b>                 | <b>ATIVIDADE</b>  | <b>RISCOS ERGÔNICOS</b>  |
|-------------------------------|---|--|
| Operador de máquina especial. | Operam máquinas automáticas ou semi-automáticas de caseamento e travete, prega botões metálicos, fazem etiquetagem. | <b>FISIOLÓGICAS:</b><br>- Posição fixa sentada por longo tempo ou em pé;<br>- Movimentos Repetitivos;<br>- Exigência de Postura;<br>- Jornada de Trabalho longa;<br><b>PSÍQUICAS:</b><br>- Controle rígido de produção |
| Revisor de arremate           | Faz o controle de qualidade do produto, realizando a inspeção de problemas a serem corrigidos.                      | <b>FISIOLÓGICAS:</b><br>- Posição de trabalho fixa em pé ou sentado por longo período. - Movimentos repetitivos;<br>- Exigência de postura;<br>- Jornada de trabalho longa.  |

**Fonte:** Própria

De acordo com o quadro 1, o trabalho é executado na posição em pé ou sentada , em alguns casos, com a altura da máquina muito baixa em relação ao piso, obriga assumir uma posição encurvada para visualização do campo de trabalho, que requer precisão.

Logo após as peças serem montadas e inspecionadas, estas vão para a passadoria, onde as peças são passadas, como mostra a figura 2.



**Figura 2:** Passadoria, após as camisas já estarem prontas.



Fonte: Própria.

A NR 17 estabelece para trabalho manual que tenha de ser feito em pé a necessidade das bancadas serem de fácil alcance e visualização pelo trabalhador e ter características dimensionais que possibilitem posicionamento e movimentação adequados dos segmentos corporais. Como mostra a figura 2, as camisas a serem passadas são colocadas em cadeiras, o que exige do colaborador posturas inadequadas ao longo da jornada de trabalho. Além disso, é uma atividade repetitiva.

De acordo com Júnior (2006) na passadoria, os colaboradores sofrem com o ritmo de trabalho, movimentos repetitivos, trabalho na posição fixa em pé; as cargas físicas, relacionadas ao calor; as cargas psíquicas. O quadro mostra os riscos ergonômicos na passadoria, que entre eles estão a exigência da posição ortostática, movimentos repetitivos, serviço pesado em jornadas longas e de grande produção.

**Quadro 2:** Funções, atividades e riscos ergonômicos no setor de passadoria na indústria de camisaria .

| FUNÇÃO               | ATIVIDADE  | RISCOS ERGONOMICOS   |
|----------------------|--|--|
| Passador             | Realiza a passagem da roupa e a dobra as peças passadas.   | <b>FISIOLÓGICAS:</b><br>- Posição fixa em pé por longo tempo;<br>- Movimentos repetitivos;<br>- Exigência de postura;<br>- Jornada de trabalho longa;<br>- Esforço físico pesado.<br><b>PSÍQUICAS:</b><br>- Controle rígido da produção; |
| Auxiliar de passador | Abastece o setor de passadoria de peças e dobra as peças passadas e encaminha ao setor de embalagem. | <b>FISIOLÓGICAS:</b><br>- Posição fixa em pé por longo tempo;<br>- Movimentos repetitivos;<br>- Jornada de trabalho longa.   |

Fonte: Própria

Após as peças de roupas serem passadas, estas são dobradas e embaladas em

sacos plásticos, caixas de papelão padronizadas. Esse tipo de embalagem depende da forma de peça que produz e outros critérios da empresa. A figura 3 mostra as funcionárias embalando as peças.

**Figura 3:** Embalagem das camisas.



**Fonte:** Própria.

Conforme a NR 17 para as atividades em que os trabalhos devam ser realizados de pé, devem ser colocados assentos para descanso em locais em que possam ser utilizados por todos os trabalhadores durante as pausas. No momento de embalar o produto, não se encontra assentos disponíveis para descanso. Em seu trabalho realizado no setor de acabamento em uma confecção de roupas, Cunha (2013) afirma que neste setor, o trabalho é ortostático, sugerindo assentos para descanso de acordo com a NR 17.

O quadro 3 mostra a atividade que o embalador tem que realizar e os riscos ergonômicos que está exposto, entre eles movimentos repetitivos, carregamento de peso, posição ortostática.

**Quadro 3:** Funções, atividades e riscos ergonômicos no setor de embalagem e expedição na indústria de camisaria.

| <b>FUNÇÃO</b> | <b>ATIVIDADE</b>  | <b>RISCOS ERGONÔMICOS</b>   |
|---------------|---|---|
| Embalador     | Embala manualmente as peças de roupas em sacolas plásticas e após em caixas de papelão. | <b>FISIOLÓGICAS:</b><br>- Levantamento e carregamento de peso;<br>- Trabalho repetitivo;<br>- Exigência de postura; |

**Fonte:** Própria

---

## CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA PARA ANÁLISE ANTROPOMÉTRICA E TEMPO DE SERVIÇO

A Tabela 01 apresenta os valores de média, desvio padrão, máximos e mínimos, referentes aos 22 funcionários (100%) do setor de acabamento que compuseram o universo amostral desta pesquisa.

**Tabela 01** – Estatística Descritiva para uma amostra de 22 funcionários do setor de acabamento

| Estatística   | Idade | Peso  | Altura | IMC   | Tempo do serviço |
|---------------|-------|-------|--------|-------|------------------|
| Média         | 36    | 62,9  | 1,6    | 24,38 | 4,54 anos        |
| Desvio Padrão | 11,41 | 15,06 | 0,07   | 5,22  | 5,19 anos        |
| Máximo        | 51    | 97    | 1,82   | 36,96 | 14 anos          |
| Mínimo        | 16    | 50    | 1,52   | 16,65 | 1 mês            |

**Fonte:** Dados da Pesquisa.

Como se pode observar, a idade dos funcionários variou entre 16 e 51 anos ( $36 \pm 11,41$  anos).

Já o peso, variou entre 50 e 97 kg ( $62,9 \pm 15,06$  kg). E a altura variou entre 1,52 e 1,82 m ( $1,6 \pm 0,07$  m). Com esses dados, calculou-se o IMC, que ficou entre 16,65 e 36,96 kg/m<sup>2</sup> ( $24,38 \pm 5,22$  kg/m<sup>2</sup>). Analisando-se a média, os funcionários estariam dentro da normalidade, ou seja, peso normal. Mas ao analisar o valor mínimo, percebe-se que o funcionário está muito abaixo do peso, já o valor máximo indica obesidade II. Portanto, ambos os casos exigem cuidados como: ir ao nutricionista e realizar exercícios físicos. Entretanto, se faz-se necessário estudar caso a caso para que medidas corretas sejam tomadas.

Segundo Cox (1987), o índice de massa corporal elevado pode ser um fator de risco independente para disco lombar herniado, ou seja, altura e massa corporal pesada podem ser contribuintes importantes para herniação dos discos intervertebrais lombares e classificados como fatores de riscos às dores lombares.

Para a variável tempo de serviço, o tempo mínimo foi de 1 mês e o tempo máximo de 14 anos ( $4,54 \pm 5,19$  anos).

## ANÁLISES DO QUESTIONÁRIO DE INVESTIGAÇÃO PROFISSIONAL ADAPTADO (TEXEIRA, 2012)

O turno da confecção é das 7h às 17h30 de segunda-feira à quinta-feira, 7h às 16h30min sexta. Existem três pausas formais durante a jornada: café da manhã (das 9h às 9h10min), almoço (das 11h às 12h30min) e café da tarde (das 15h30min às 15h40min).

Em épocas de grandes encomendas, são realizadas horas extras noturnas e nos sábados, e que, às vezes, são utilizadas como banco de horas para compensar os dias úteis entre feriados e final de semana, quando os trabalhadores são dispensados do trabalho.

No setor de acabamento dentre os cinco funcionários que participaram do questionário, três responderam que trabalham de 6 a 8 horas por dia e dois responderam que trabalham de 8 a 10 horas por dia.

Um dos fatores que podem causar danos à saúde pode estar ligado à inflexibilidade de postura do funcionário. No setor de acabamento 60% dos colaboradores afirmaram não possuírem flexibilidade na postura, pois este setor exige dos colaboradores a posição em pé em grande parte do horário de trabalho, o que pode acarretar em problemas de coluna, inchaço nos pés. E como consequência tem-se os afastamentos, absenteísmo, entre outros.

De acordo com Cavalcante (2006), em seu estudo, foram relacionados os custos referentes aos problemas detectados tais como absenteísmo, proporcional ao período de produção da coleção, correspondendo a 244 dias perdidos. O cálculo de impacto do absenteísmo na produção, também foi estimado considerando o potencial de trabalho dos funcionários faltosos, durante o período de produção da coleção. O custo relacionado a 418 peças defeituosas, a 1217 peças com pedidos cancelados pelo cliente, aos pedidos não faturados por falta de um tamanho ou cor, grande parte desses custos tem relação direta com a ausência de ergonomia e, portanto a correção das inconformidades traria benefícios à medida que minimizaria os custos relacionados aos problemas.

Pausas como beber água, ir ao banheiro não são realizadas por 20% dos funcionários do setor de acabamento. A norma regulamentadora NR 17, determina que nas atividades que exijam sobrecarga muscular estática ou dinâmica do pescoço, ombros, dorso e membros superiores e inferiores, devem ser incluídas pausas para descanso, pois são de fundamental importância para a saúde do colaborador no trabalho. A empresa deve se adequar a essa norma de uma maneira que a sua produção seja beneficiada, mas sem descumpri-la.

Segundo Couto e Cardoso (1995) as pausas são importantes a fim de evitar a sobrecarga músculo esqueléticas e a fadiga mental, geralmente expressa em irritabilidade, dificuldade para memorização, raciocínio e leitura.

Em função da postura, 40% dos colaboradores afirmaram trabalhar sempre sentados, 40% sempre em pé e 20% dos funcionários trabalham variando ambas as posições com maior tempo destinado ao trabalho em sentado. Cunha (2013) relata que os colaboradores que trabalham nesse setor, executam suas tarefas na posição sentada, ou de pé, pois são exigidas atividades musculares do dorso e do ventre. Todo o peso do corpo é suportado pela pele que cobre os ossos e posturas inadequadas provocam dores nos músculos.

No setor de acabamento 60% dos funcionários afirmaram sentir insatisfação na posição de execução do serviço. Segundo Cunha (2013) a postura dos colaboradores do

setor de acabamento varia conforme a função de cada indivíduo. Litegui (1990) se propõem a refletir que a satisfação tem uma relação muito clara e intensa com aspectos da vida e do comportamento dos trabalhadores. Acredita-se que outros fatores possam estar relacionados com a satisfação do trabalho, como por exemplo, o lazer, o grau de exercício físico, o nível de consciência corporal e o estilo de vida.

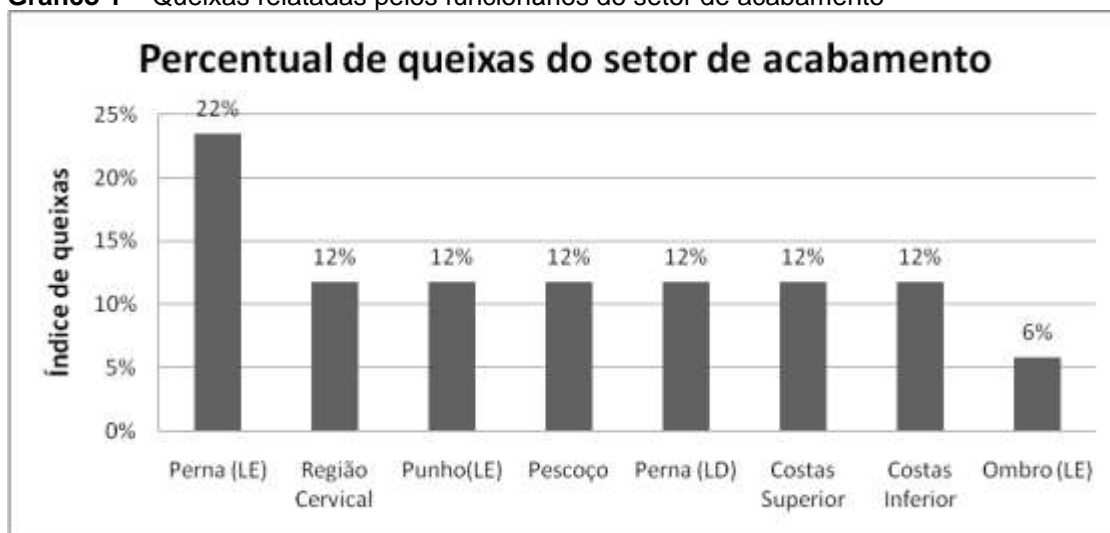
#### DIAGRAMA DE CORLLET (1995)

As dores ocasionadas por motivos de trabalho foram relatadas por 60% dos funcionários e 40% afirmaram sentir desconforto, o que pode estar ligado diretamente com a inflexibilidade de 60 % dos mesmos. O tempo que ocorre estes desconfortos ou dores foi referido por 40% dos funcionários no período dos últimos 30 dias, 40% nos últimos 12 meses e 20% há mais de um ano.

Segundo Maciel *et al* (2006), inúmeros problemas podem surgir decorrentes da realização de determinadas tarefas ou atos no ambiente de trabalho, que depende da atividade que está sendo realizada e do tempo que seu organismo está se submetendo a executá-la. Assim sugere-se que o surgimento de alguns desconfortos nos funcionários está diretamente ligado a atividade ser repetitiva e ao tempo em que as mesmas são realizadas.

O percentual de queixas de dores dos funcionários no setor e as regiões mais afetadas decorrente do seu trabalho na posição na qual executa sua tarefa, é apresentado no gráfico 1.

**Gráfico 1** – Queixas relatadas pelos funcionários do setor de acabamento



Dos cinco trabalhadores do setor de acabamento entrevistados pelo diagrama de Corllet, 100% dos trabalhadores informaram ter tido algum problema de dores no corpo, e as regiões com mais queixas foram: perna esquerda com 22% de queixas, as regiões cervical, punho, pescoço, perna direita, cotas superior, costas inferior com 12% e ombro com 6 % de queixas.

Observando um estudo de Paizante (2006), a frequência de dor osteomusculares nas trabalhadoras em confecção nos últimos 12 meses foram: coluna lombar (72,3%); coluna dorsal (61,4%); ombros (55,3%); pescoço (54,1%); pulsos/mãos (38,8%); quadris/coxas (36,5%); joelhos (34,1%); tornozelos (28,2%) e nos cotovelos (3,5%). Esse estudo difere no índice de maior queixa de incidência de dores, que é na região das pernas, devido uma grande parte dos colaboradores no setor de acabamento trabalhar na posição ortostática, já as outras regiões de queixas apresentam semelhança com incidência na coluna lombar, pescoço, punho e pernas.

## ANÁLISE DO CHECKLIST COUTO (1995)

Através do Checklist de Couto (1995), foi diagnosticado no setor de corte um somatório de 15 pontos, o que indica um fator biomecânico muito significativo, onde há alto risco dos funcionários desenvolverem doenças ocupacionais como LER/DORT.

Verificou-se na avaliação da postura de trabalho nesse setor, que os colaboradores inclinam muito sobre a mesa, apresentando posturas inadequadas na realização dos serviços de passadoria, arremate, revisão e empacotamento. Na avaliação do posto de trabalho verificou-se que as mesas se encontram muito baixa. A NR 17 afirma que o ambiente de trabalho deve ser de fácil alcance e visualização pelo trabalhador. Havendo assim a necessidade de mudanças na busca de maior conforto dos colaboradores, tais como, troca de mobiliários.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ergonomia é um fator determinante no bom andamento dos processos fabris, se tornando mais presente e necessária não somente nas atividades corriqueiras organizacionais, mas em todo o conjunto de procedimentos.

As atividades exercidas pelos profissionais do setor de acabamento exigem postura ortostática, carregamento de peso, posições inadequadas, os movimentos são repetitivos e a longa jornada de trabalho pode ser exaustiva e trazer conseqüências tais como dores, absenteísmo, além de LER/DORT. Sugere-se que estas podem ser algumas das causas das dores que foram declaradas por 60% dos funcionários, entre elas estão a pena esquerda, pescoço, punho, costas inferior e superior.

Além disso, Diagrama de Couto (1995) mostrou ser uma função onde há alto risco de desenvolvimento de LER/DORT. O que se torna necessárias que medidas sejam tomadas rapidamente para não comprometer em grande escala a saúde dos funcionários.

Para o IMC, há necessidade de estudar cada funcionário para tomar medidas necessárias como consultas com o nutricionista e/ou atividades físicas. De acordo Organização Mundial da Saúde OMS (2004) a prática de atividade física regular e orientada

reduz os riscos de doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, câncer de cólon e mama, no controle de peso corporal e manutenção dos níveis de glicose sanguínea.

Trocar mesas, escrivaninhas, necessidade de assentos para descanso, apoio para os pés, cadeiras ajustáveis, posicionar os caixotes (em que são colocadas as peças prontas) no nível do cotovelo do funcionário são importantes no cumprimento da NR 17, mas principalmente para beneficiar a saúde dos funcionários.

## REFERÊNCIAS

CARDOSO, D. D.; POPOLIM, F. D. **Alterações da coluna vertebral relacionadas ao trabalho sentado em costureiras**. 2006. 37f. Monografia (apresentada ao Centro Universitário Claretiano para a obtenção do título de graduado em fisioterapia). Batatais, 2006.

CAVALCANTE, Elizabete Fernandes. **Avaliação do Custo da Produção em uma Indústria de Confecção Através da Análise Ergonômica do Trabalho**. Curitiba, 2006.

COUTO, H. A. e CARDOSO, O. S. **Censo De Ergonomia** (1995).

CORLLET, E. Nigel. The evaluation of posture and its effects. In: Wilson, John R. Corllet, E. Nigel. *Evaluation of human work – A practical ergonomics methodology*. Taylor & Francis: Londres, 1995. Pp. 663 – 713

COUTO, Hudson de Araújo. **Ergonomia aplicada ao trabalho**; o manual técnico da máquina humana. 2 v. Belo Horizonte: Ergo, 1995.

COURY HJCG. **Programa auto-instrucional para o controle de desconfortos posturais em indivíduos que trabalham sentados** [Tese]. Campinas (SP): Unicamp; 1994.

COX, J.M; TRIER, K.K. Exercise and smoking habits in patients with and without low back pain and leg pain. **J. ManipulativePhysicalTher.** 1987; 10:239-244.

CUNHA, Leomar Cardoso. **Avaliação da condição ergonômica específica do setor de acabamento de uma indústria de confecção de criciúma**. Criciúma, 2013, p. 1-48.

GORDON, C.C; CHUMLEA, W.C; ROCHE, A.F. **Stature, recumbent length, and weight**. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R. (editors). *Anthropometric standardization reference manual*. Champaign: HumanKinetics Books. p. 3-8, 10, 1988.

JÚNIOR, Antônio Carlos Garcia. **Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores na Indústria do Vestuário em Colatina - ES**. Vitória, 2006, p. 1-130.

LITEGUI, J. **Determinantes de La satisfacion laboral em empregados de La administracion foral de navarra**. Universidad Complutensede Madrid, 1990.

MACIEL, A. C. C. et al.. **Prevalência dos fatores associados à sintomatologia dolorosa entre profissionais da indústria têxtil**. Revista Brasileira de epidemiologia. São Paulo, vol. 9, n 1 março 2006.

MARQUES, Blake Charles Diniz; SAMPAIO, Priscila Goncalves Vasconcelos. **Análise Ergonômica Do Trabalho Numa Fábrica De Produtos De Limpeza**. MG. Belo Horizonte, 2011.

MINISTÉRIO DE TRABALHO. Normas **Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho**. NR 17 Ergonomia. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/Empregador/segsau/Legislacao/Normas/conteudo/nr17>. Acesso em 25 out 2013.

PATUSSI, A. P. Definição de critérios de avaliação ergonômica para mesas de trabalho informatizado. 2005. 108 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

PAIZANTE, G. O. **Análise dos fatores de risco da coluna lombar em costureiras de uma fábrica de confecção de moda íntima masculina no município de Muriaé – MG**. 2006. 69f. Dissertação (Mestrado em meio ambiente e sustentabilidade) Centro Universitário de Caratinga. 2006.

**PORTAL TRIBUTÁRIO EDITORA**, Disponível em <http://www.portaltributario.com.br/>. Acesso em 20 de fevereiro de 2014.

SOARES, E. V. G.; SILVA, L. M. F. **Estudo ergonômico e propostas de melhorias em postos de trabalho de uma empresa de mineração**. VII SEPRONE Mossoró-RN, 26 a 29 de junho de 2012.

TEIXEIRA, Sarah de Oliveira Lamas. **Estudo sobre a prevalência de queixas dos trabalhadores de fábricas de confecção de luvas de couro, localizadas em um município de Minas Gerais**. Itajubá, 2012.

VITTA, A. DE.; CANONICI, A. A.; CONTI, M. H. S. DE.; SIMEÃO, S. F. A. P. Prevalência e fatores associados à dor musculoesquelética em profissionais de atividades sedentárias. **Revista Fisioterapia e Movimento**, v. 25, n. 2, p. 273-280, Curitiba, abr./jun. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of the WHO Consultation on Obesity. Geneva: World Health Organization: 1998.



# REPERCUSSÕES BIOPSIKOSSOCIAIS DE UMA CAPACITAÇÃO EM PRÁTICAS CORPORAIS / ATIVIDADES FÍSICAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

## *BIOPSYCHOSOCIAL REPERCUSSIONS OF AN EDUCATIONAL TRAINING REGARDING PHYSICAL ACTIVITY IN A FAMILY HEALTH UNIT*

Anita de Cássia Melinski<sup>1</sup>  
Ricardo Luís Fernandes Guerra<sup>2</sup>  
Glauco Nunes Souto Ramos<sup>3</sup>  
Ana Cláudia Garcia de Oliveira Duarte<sup>4</sup>

Recebido em: 24 mar. 2018  
Aceito em: 16 jun. 2018

**RESUMO:** A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa mudar o padrão vigente de uma assistência marcada por ações curativas para outro com maior ênfase na promoção e prevenção. Entretanto, a atividade física, parte integrante dessas ações, nem sempre é de conhecimento dos profissionais da equipe mínima da ESF. Neste sentido, com a criação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, o profissional de Educação Física (PEF) passou a ter maior destaque nas práticas de saúde em geral, compondo a equipe de apoio da Unidade de Saúde da Família (USF), garantindo suporte para realização de práticas corporais / atividades físicas (PCAF) inclusive dos demais trabalhadores, uma vez que o ambiente laboral poderá afetar negativamente seus desempenhos profissionais. Até o presente momento, a literatura não traz referências a respeito das repercussões de uma capacitação com esse tema em profissionais de diferentes áreas de uma USF. Assim, este estudo de campo exploratório de caráter qualitativo objetivou analisar as repercussões de uma capacitação realizada por um PEF sobre assuntos referentes às PCAF na saúde e afetividade de profissionais em uma USF. Participaram nove profissionais atuantes em uma USF, selecionados por amostragem deliberada por variedades de tipo. Para a coleta de dados, foi realizada entrevista semidirigida. Para a análise e interpretação dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo apoiada no referencial teórico do cuidando do cuidador mediante trajetória ideográfica-nomotética. A capacitação realizada por um PEF sobre assuntos referentes às PCAF em uma USF implicou em repercussões positivas na saúde e afetividade dos profissionais participantes.

**Palavras-chave:** Educação Física e Treinamento. Estratégia Saúde da Família. Promoção da Saúde. Saúde do Trabalhador.

**ABSTRACT:** The Family Health Strategy (ESF) aims to change the assistance standard, which was marked by curative actions, to a new way to offer care with emphasis in health promotion and prevention. However, physical activity is an essential component of these actions, and it is not always a common knowledge among the minimum ESF team. Therefore, with the implementation of the Support Nucleus to the Family Health Strategy, the Physical Education professional (PEF) started playing a relevant role in general health practices, who is indicated to be

<sup>1</sup> Universidade Federal de São Carlos.

<sup>2</sup> Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista.

<sup>3</sup> Universidade Federal de São Carlos.

<sup>4</sup> Universidade Federal de São Carlos.

present in the support team to the Family Health Unit (USF), ensuring support to physical activity practices (PCAF), including for the other team members, since workplace may affect negatively their performance. Nevertheless, until the present moment, literature regarding the long-term repercussions of an educational training to USF professionals were not found. The aim of this exploratory qualitative study was to analyse the health and affectivity repercussions of a PCAF educational training provided by a PEF and offered to professionals in an USF. Nine USF professionals participated, who were selected through multiple-types deliberated sampling. Semi-structured interviews were conducted. Content analysis was used to interpret the data, supported by caring the carer theoretical referential, using an ideographic-nomothetic trajectory. An educational training conducted by a PEF regarding PCAF in a USF led to positive health and affectivity repercussions on participants.

**Keywords:** Physical Education and Training. Family Health Strategy. Health Promotion. Occupational Health.

## INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, marco da reforma do sistema de saúde brasileiro, institucionalizou como dever do Estado a garantia de saúde para toda a população nacional, criando o Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentado pelas leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990 (BRASIL, 2011). Além disso, incorporou novas dimensões ao conceito de saúde, como alimentação, emprego, educação, lazer e moradia (BRASIL, 2011).

O SUS tem se estruturado desde então de forma a prover melhores serviços de saúde e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida para a nação brasileira. Para tanto, desenvolve ações para que se cumpram seus princípios organizativos e doutrinários de universalidade, integralidade, equidade, participação social, descentralização, regionalização e hierarquização (BRASIL, 2011), englobando neste último a organização dos serviços em níveis de complexidade crescente (BRASIL, 1990), isso é, primário, secundário e terciário.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como um conjunto de ações de saúde tanto no âmbito individual quanto coletivo e deve ser o primeiro contato do usuário em uma rede assistencial, caracterizada, entre outros aspectos, pela integralidade, continuidade do cuidado e coordenação da atenção dentro do sistema (BRASIL, 2006, 2009).

O Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), é uma das vertentes brasileiras da APS, indo ao encontro dos citados princípios, tendo sido criado pelo Ministério da Saúde em 1994 com o intuito de reorganizar os serviços de saúde, mudando a abordagem médico-centrada predominante, caracterizada por uma assistência marcada por ações curativas e visão biologicista do processo saúde-doença, para outra em que o cuidado seja centrado na família e em seu ambiente físico e social, com condutas que vão além de práticas curativas, destacando, dessa forma, as ações de promoção e prevenção, permitindo uma concepção ampliada desse binômio (BRASIL, 1997a, 2009; MERHY et. al., 2007). Isso exige olhares que

extrapolem os muros das unidades de saúde, estendendo-os para o local onde os indivíduos vivem, trabalham e se relacionam (BRASIL, 1997a, 2010).

Assim sendo, é recomendado que a estratégia de atenção proposta seja formada por uma equipe multidisciplinar mínima, também chamada de equipe de referência, composta por médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS), podendo incorporar outros profissionais com base nas demandas e características da organização dos serviços locais, os quais constituirão a equipe de apoio (BRASIL, 1997a, 2009).

Em 2006, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) com o objetivo de promover a qualidade de vida da população brasileira e diminuir os riscos e vulnerabilidades relacionados à saúde ocasionados por determinantes e condicionantes como educação, habitação, condições de trabalho, modos de viver, lazer, cultura, entre outros (BRASIL, 2010). Para isso, valorizou ações de promoção, informação e educação em saúde voltadas, dentre outras, às práticas corporais / atividade física (PCAF), principalmente no âmbito da atenção básica (BRASIL, 2010).

Em 2008, criou, também, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) visando aumentar as ações da APS por meio do apoio à inserção da ESF na rede de cuidados, ampliando sua abrangência, regionalização, territorialização e resolutividade (BRASIL, 2009). Sua equipe deve ser formada por profissionais de diferentes áreas que atuarão de formas variadas em conjunto com a equipe de referência de determinadas USF em seus respectivos territórios adscritos (ex.: atendimento compartilhado e interdisciplinar, apoio aos grupos e ações junto aos equipamentos públicos), podendo o profissional de Educação Física (PEF) compor este quadro (BRASIL, 2009). Essa dinâmica preza pela criação de espaços que favoreçam o diálogo, o encontro de elementos comuns e a valorização das especificidades de cada área (BRASIL, 2009).

Com a adoção de tais medidas, o PEF passou a ter maior destaque na perspectiva de reflexão das práticas de saúde em geral, bem como na construção de redes de cuidado integral, transversalidade das políticas de saúde e direito ao lazer (BRASIL, 2009), possibilitando o auxílio às ações que almejam, principalmente, a promoção da saúde e prevenção de doenças, justificando sua inserção na equipe de apoio.

Tal inserção tem por propósito servir de ferramenta para a conscientização da comunidade e do próprio serviço da importância de cuidar do corpo por meio da realização de PCAF (FREITAS, 2007) construídas a partir de componentes específicos (políticos, históricos, culturais, sociais e econômicos) de seu respectivo território, possibilitando uma elucidação da relação desse cuidado com a saúde (BRASIL, 2009). É nesse ponto que o PEF se faz essencial: ele deve evitar a imposição das ações englobando conteúdos clássicos da Educação Física e favorecer àquelas envolvendo PCAF que reflitam as vontades e necessidades do público-alvo, o que possibilitará uma maior identificação e adesão das atividades ofertadas e, conseqüentemente, ampliação da autonomia do sujeito (BRASIL, 2009; FREITAS, 2007). Além disso, deve utilizar-se do aspecto lúdico atribuído à atividade física como subsídio para interação do grupo, valorizando o cuidado em todos os

âmbitos consigo mesmo e com o próximo (FREITAS, 2007).

Estas explicações sinalizam que utilizar as PCAF somente para atuar na clínica, ou seja, com os indivíduos que já possuem patologias prévias, provocará um reducionismo da ampla gama de aspectos que as mesmas englobam, além de não contemplar questões relacionadas à promoção e prevenção da saúde na APS preconizadas pelo SUS, sendo indicado, portanto, a convergência dessas vertentes (FREITAS, 2007). Ademais, quando se trata de trabalhadores, o ambiente laboral os expõe a níveis elevados de estresse, o que com grande chance afetará negativamente seus desempenhos profissionais, justificando a existência de espaços que objetivem o cuidado voltado para eles. Nessa direção, tendo o PEF competências advindas de sua prática de formação que podem contribuir para que esse cuidado aos profissionais seja alcançado de forma satisfatória, é indicado que ele componha a equipe multiprofissional das USF (BRASIL, 2009), não agindo de forma desvinculada, mas sim complementando as ações já existentes no serviço (FREITAS, 2007).

Entretanto, até o presente momento, não foram encontrados relatos na literatura a respeito das repercussões de uma capacitação em PCAF na saúde e afetividade de profissionais de diferentes áreas de uma USF, fazendo com que o presente estudo represente um empreendimento nesta direção, podendo oferecer subsídios para novas intervenções semelhantes junto às USF e demais equipamentos da atenção básica.

Sob estas considerações, este estudo objetivou analisar as repercussões biopsicossociais de uma capacitação realizada por um PEF sobre assuntos referentes às PCAF na saúde e afetividade de profissionais em uma USF.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

### **TIPO DE ESTUDO**

Trata-se de um estudo de campo exploratório de caráter qualitativo, uma vez que almeja fornecer informações que permitam uma maior familiaridade com o problema estudado, tornando-o mais explícito por meio do aprofundamento de questões relacionadas a ele (GIL, 2002).

### **CENÁRIO DO ESTUDO**

O estudo foi desenvolvido em uma USF, vinculada à ESF do município de São Carlos/SP, composta por duas equipes, cada uma apresentando profissionais de referência com atuação integral no referido serviço, abrangendo médico de família, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, ACS, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e

funcionário terceirizado da limpeza. Outros estudantes da graduação como fisioterapeutas, gerontólogos, médicos e psicólogos também atuavam neste equipamento, de forma pontual e itinerante.

## POPULAÇÃO DO ESTUDO

No presente estudo foi utilizado o critério de amostragem deliberada por variedade de tipos, o qual consiste em uma escolha pelo pesquisador daqueles sujeitos que devido as suas características pessoais melhor contribuirão para a compreensão do tema abordado (TURATO, 2003). Dessa forma, os nove sujeitos selecionados possuíam uma característica comum específica diretamente vinculada ao objetivo da pesquisa, isso é, todos haviam participado da capacitação ofertada anteriormente, denominada grupo “Para Nossa Alegria”, e ainda atuavam na referida USF, a saber: oito ACS e uma funcionária terceirizada da limpeza (TL), totalizando a amostra deste estudo.

Foram excluídos três indivíduos que, embora tenham participado da capacitação, não mais atuavam como profissionais na referida USF.

## GRUPO “PARA NOSSA ALEGRIA”

O grupo “Para Nossa Alegria” originou-se da demanda trazida por alguns profissionais da USF em questão a respeito da carência de informações, conhecimentos e, conseqüentemente, segurança em relação à orientação das PCFA aos usuários deste equipamento. Com isso, ele foi criado a fim de capacitar estes indivíduos por meio de atividades lúdicas e práticas corporais com a supervisão de um PEF integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal de São Carlos juntamente com outros residentes que fizeram parte deste programa (dentista, enfermeiras e terapeuta ocupacional).

Inicialmente, a proposta foi apresentada e discutida em reunião de equipe envolvendo todos os profissionais a fim de analisar sua viabilidade, definir as melhores datas e horários para sua execução e identificar os assuntos mais pertinentes.

A Educação Física oferece uma ampla gama de possibilidades que visa o movimento corporal. Assim, para a escolha dos temas, foram utilizados como referências os Parâmetros Curriculares Nacionais da Educação Física (BRASIL, 1997b), os quais trazem como eixos temáticos os esportes, jogos, lutas e ginásticas, atividades rítmicas e expressivas e de conhecimentos sobre o corpo.

Portanto, buscando trabalhar as múltiplas facetas que a Educação Física pode apresentar, os temas selecionados foram agrupados em três blocos de quatro encontros cada (Quadro 1).

**Quadro 1** – Descrição do programa de capacitação em atividades físicas na USF do estudo

| <b>BLOCOS</b>         | <b>OBJETIVOS DOS BLOCOS</b>   |
|-----------------------|---|
| Exercícios resistidos | Esclarecer os benefícios e malefícios decorrentes da prática habitual de exercícios físicos resistidos (também chamados de exercícios de sobrecarga muscular).<br>Fornecer informações claras sobre indicações e contraindicações para a prática de exercícios físicos resistidos.<br>Realizar pequenas sessões de exercícios físicos resistidos que trabalhem os principais grupamentos musculares, visando à capacitação para a realização dos mesmos de forma independente e autônoma fora de um ambiente de trabalho e com os materiais disponíveis no momento.<br>Fornecer dicas de quais exercícios físicos resistidos realizar com determinadas populações (ex.: idosos e gestantes), bem como a melhor forma de execução dos mesmos, de forma a garantir suprimentos suficientes para a execução de grupos futuros.   |
| Estafetas             | Trabalhar a cooperação dentro da equipe.<br>Trabalhar a competitividade de forma saudável.<br>Trabalhar as características biopsicossociais decorrentes deste tipo de atividade.<br>Realizar diferentes atividades e fornecer dicas de como aplicá-las, visando à capacitação e a segurança para desenvolvê-las com determinadas populações (ex.: crianças e idosos), de forma a garantir suprimentos suficientes para a execução de grupos futuros.  |
| Alongamentos          | Esclarecer os benefícios decorrentes da prática habitual de alongamentos, ressaltando também a questão da flexibilidade.<br>Fornecer informações claras sobre as melhores formas de execução, assim como os ambientes propícios e os momentos adequados.<br>Mostrar e vivenciar a prática de alongamentos no próprio ambiente de trabalho, visando fornecer subsídios para que esta seja incorporada no dia-a-dia sem que demande um tempo adicional na rotina do indivíduo.<br>Realizar pequenas sessões de alongamentos visando não somente a aplicação dos conceitos trabalhados como também o relaxamento por parte da equipe.<br>De uma forma geral: englobar os principais aspectos que permitem uma prática consistente de alongamentos para que a mesma possa estar inserida em grupos existentes ou futuros por parte de membros da equipe envolvidos neles. |

Apesar da demanda por mais assuntos, como massagem, exercícios aeróbicos, treinamento funcional, equilíbrio, artes circenses, lutas e danças, uma mudança no processo de trabalho pelos gestores municipais, acarretou na indisponibilidade do horário para o desenvolvimento do grupo, interrompendo o momento de capacitação dos profissionais, com conseqüente encerramento das atividades.

## COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi realizada uma entrevista semidirigida elaborada especificamente para este estudo, composta por duas partes, sendo: Parte I – Características sociodemográficas do profissional e; Parte II – Repercussões da capacitação.

Cada qual foi gravada e, posteriormente, transcrita na íntegra. As respostas foram mantidas sem alterações/correções com o objetivo de preservar o discurso genuíno dos sujeitos. Após a transcrição, cada entrevista foi submetida ao processo de conferência de

fidedignidade (DUARTE, 2004).

Os profissionais foram abordados em seus próprios locais de trabalho durante horário de expediente e dispuseram do tempo necessário para responder de forma individual, anônima e reservada à entrevista em um ambiente calmo e silencioso a fim de evitar interferências que pudessem atrapalhar ou comprometer a qualidade do conteúdo abordado. Foi valorizada a autonomia dos entrevistados de forma a permitir um livre posicionamento perante as questões apresentadas.

## ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise e interpretação dos dados foi utilizada a análise de conteúdo temático apoiada no referencial teórico do cuidando do cuidador mediante trajetória ideográfica-nomotética, ou seja, partindo-se dos discursos individuais (ideográficos) construiu-se o coletivo (nomotético) que representou as ideias dos indivíduos (GARNICA, 1997). Esse procedimento compreende três etapas: pré-análise, organização dos achados segundo categorias temáticas ou categorização e interpretação (MINAYO, 2010; TURATO, 2003).

Durante a fase de pré-análise, foi feita a leitura flutuante de todas as entrevistas realizadas com o objetivo de apreender o conteúdo explícito (TURATO, 2003), o que contribuiu para a formação do universo estudado em sua integralidade e permitiu a identificação dos temas abordados pelos entrevistados, os quais futuramente constituíram as categorias temáticas deste estudo (MINAYO, 2010).

Na fase de categorização, dois critérios foram utilizados para a definição das categorias instituídas: repetição e relevância, sendo o primeiro correspondente a frequência que cada colocação apareceu e o segundo referente aos pontos apresentados pelos entrevistados que não necessariamente foram repetidos, mas que representaram falas que refutaram ou corroboraram as hipóteses desse estudo (TURATO, 2003). Considerando isso, os dados brutos individuais foram transformados em um corpus coletivo de dados organizados em categorias temáticas, proporcionando a compreensão das falas dos sujeitos (TURATO, 2003).

Por fim, tendo as categorias temáticas já definidas, na fase de interpretação, também chamada de hermenêutica, foram realizadas inferências que possibilitaram a produção de contribuições frente ao objeto de estudo com base no referencial teórico adotado (TURATO, 2003).

---

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Nove dos doze profissionais que anteriormente compuseram o grupo “Para Nossa Alegria” ainda atuavam na referida USF, totalizando a amostra deste estudo. As características sociodemográficas de cada voluntário estão representadas no Quadro 2. Os participantes foram identificados pela letra “P” seguida de um número determinado pela sequência da realização das entrevistas.

**Quadro 2** – Características sociodemográficas dos participantes

| Identificação | Idade (anos) | Sexo | Cargo USF | Atuação USF (anos) |
|---------------|--------------|------|-----------|--------------------|
| P1            | 33           | F    | ACS       | 7                  |
| P2            | 30           | F    | TL        | 11                 |
| P3            | 27           | F    | ACS       | 4                  |
| P4            | 30           | F    | ACS       | 4                  |
| P5            | 40           | F    | ACS       | 5                  |
| P6            | 31           | F    | ACS       | 4                  |
| P7            | 28           | F    | ACS       | 6                  |
| P8            | 30           | F    | ACS       | 7                  |
| P9            | 41           | F    | ACS       | 7                  |

USF: Unidade de Saúde da Família; ACS: Agente Comunitário de Saúde;  
TC: Terceirizada da limpeza

Nenhum dos voluntários realizou capacitações envolvendo PCAF após o término do grupo “Para Nossa Alegria”.

### OS TEMAS GERAIS ABORDADOS PELOS SUJEITOS

O grupo “Para Nossa Alegria” não pretendeu aferir melhoras estéticas ou no rendimento físico e sim desenvolver ações buscando transformações das práticas profissionais e da organização do trabalho, mas devido ao caráter diferenciado de suas ações, extrapolou as questões técnicas e contribuiu, sobremaneira, para o fortalecimento da integridade biopsicossocial dos participantes, explorando espaços criativos e respeitando valores, crenças e objetivos individuais.

Assim sendo, os entrevistados abordaram as repercussões biopsicossociais decorrentes da capacitação, o que culminou no estabelecimento de duas categorias de análise que permitiram apresentar e discutir os resultados obtidos: “Saúde do trabalhador” e “Afetividade”. Alguns excertos das entrevistas foram reproduzidos não somente com o intuito de ilustrar as teorias explicativas, mas também de fornecer subsídios para questionamentos de pressupostos e concepções teóricas consolidadas.



---

## Saúde do trabalhador

A participação no grupo “Para nossa Alegria” proporcionou situações de autocuidado dos profissionais da USF no âmbito psicológico:

“Era um modo assim da gente dar uma desacelerada, porque a gente fica ali, já é um ambiente, às vezes, têm dias que tão pesado, tão carregado né, e aquilo no final da tarde dava um ânimo pra gente né, é como se fosse uma terapia mesmo. [...] Era um momento que todo mundo conseguia parar um pouco, sair um pouco daquela coisa pesada do agente que vai na casa e a visita é difícil daquele dia, é uma família complicada. Então quando era dias que tinha grupo, falava assim ‘ai, que legal de ter um grupo, vou conseguir desfocar um pouco’” (P5).

“[...] era um momento que a gente tinha que eu considerava um momento que era ‘cuidando do cuidador’, um momento único, porque no dia a dia, na nossa casa é uma correria, no nosso trabalho a gente nunca para pra fazer isso e mesmo quando a gente participa de uma atividade como um grupo de caminhada, tudo, é um cuidado que você tá direcionando pros outros, você não se observa, você não presta atenção em você mesmo, então o grupo “Para Nossa Alegria” era um grupo que a gente tinha... Que era só nosso, naquele momento a gente não se preocupava com mais ninguém, com mais nada, a não ser com nós mesmos. Era divertido, além da gente trabalhar o físico, acho que trazia uma certa paz de espírito, a gente brincava né e era um momento de descontração e pra mim era um momento muito bom [...] era um momento que a gente tentava escapar a pressão né, era um momento que a gente deixava sair tudo pra fora, de alguma maneira se sentir leve [...] era um momento onde a gente se esvaziava [...]” (P9).

Como trazido por Tamayo (2001), o estresse ocupacional é resultante da combinação do ambiente de trabalho com as características pessoais do profissional, ou seja, quando as obrigações laborais superam a capacidade que o trabalhador tem de enfrentá-las, tal estresse se torna evidente, caracterizando o trabalho na ESF como desorganizado, com atividades ineficientes, redução da produtividade e comunicação deficitária entre os membros da equipe, o que reflete diretamente na atenção dispendida aos usuários (CAMELO; ANGERAMI, 2004). Estudo realizado por Camelo e Angerami (2004) sinaliza que os ACS compõem um das categorias profissionais com maior risco de ser acometida por tal estresse, uma vez que ao serem obrigados a residir nos territórios de abrangência de seu equipamento, acabam por vivenciar de forma mais intensa o cotidiano daquela comunidade, necessitando de formações e preparos específicos para lidar com os entraves apresentados no dia-a-dia.

Tendo em vista a necessidade em lidar com essa questão, a prática habitual de atividade física tem se apresentado como uma ferramenta potencial para o aumento da tolerância ao estresse ocupacional (VAN CDOORNEN; DE GEUS, 1993; TAYLOR apud TAMAYO, 2001), tanto pela contribuição na redução da taxa de substâncias relacionadas a ele na corrente sanguínea (CREWS; LANDERS, 1987) quanto pela interação social que a atividade física permite aos seus praticantes (KOBASA, 1979).

Embora com menor frequência, benefícios percebidos nos âmbitos físico e fisiológico também foram relatados:

“O que foi bom no grupo foi que ajudou na perda de peso né, eu emagreci, perdi cinco quilos. Melhorou bastante coisa, até no respirar, no andar, melhorou no agachar, no levantar” (P2).

“Do grupo pra cá eu melhorei muito minha postura; desde o dia que vocês passaram os negócios da recepção, a melhor forma de abaixar pra pegar prontuário, é uma coisa que eu nunca esqueço, então eu sempre tento abaixar assim. Foi útil, muito útil” (P3).

O primeiro excerto corrobora com o estudo de Matsudo e Matsudo (2000), no qual os autores afirmam que um dos principais benefícios antropométricos advindo da prática de atividade física é a diminuição da gordura corporal, acarretando em melhor desempenho das atividades cotidianas e laborais. Já o segundo, vai ao encontro do trabalho de Albuquerque et al. (2010), no qual os autores sinalizam que a ausência da prática habitual de atividade física ocasiona alterações posturais negativas, refletindo diretamente na performance diária.

Além disso, é de conhecimento que a rotina dos serviços de saúde engloba, em sua grande maioria, situações que provocam modificações na plenitude emocional e psíquica dos profissionais envolvidos no ato de cuidar do próximo (OLINISKI; LACERDA, 2006), a exemplo de relacionamentos interpessoais com outros membros da equipe, vivência de situações inesperadas e adversas e contato com a dor e o sofrimento dos pacientes (HOGA apud OLINISKI; LACERDA, 2006), contribuindo para que este trabalhador adote posturas rígidas de defesa ou enfrentamento que poderão acarretar em desvalorização do cuidado tanto pessoal quanto profissionalmente (OLINISKI; LACERDA, 2006), já que o contato corriqueiro com seres humanos desperta nele seus próprios conflitos e frustrações (MARTINS, 2003). Entretanto, como explanado por Martins (2003), a pessoa que se dispõe a cuidar do seu semelhante não pode se esquecer de primeiramente cuidar de si, porém, muitas vezes, é renegado que esse cuidador também necessita receber cuidado.

Nesse sentido, Oliniski e Lacerda (2006) apontam para a necessidade que os equipamentos de saúde têm de ofertarem espaços para o cuidado dos profissionais encarregados de cuidar do próximo, uma vez que essa ação desenvolvida no local de trabalho, com grande chance, promoverá o bem-estar destes trabalhadores e, conseqüentemente, melhoria da qualidade dos serviços ofertados aos usuários. Em complemento, este ambiente deve ser agradável e proporcionar, dentre alguns fatores, crescimento, alívio e proteção, uma vez que esses indivíduos lidam cotidianamente com situações de sofrimento, dor, tensão, tristeza, ansiedade, entre muitos outros (NEVES apud OLINISKI; LACERDA, 2006), características estas observadas no grupo “Para Nossa Alegria”.

Apesar da constatação de tais benefícios e respectivas relevâncias, motivos políticos acarretaram no encerramento da ação, gerando grandes descontentamentos, ainda mais considerando que nenhuma outra proposta visando o bem-estar do trabalhador foi desenvolvida após o término do grupo “Para Nossa Alegria”.

“Achei que quando acabou deu assim, deu saudade sabe? Podia continuar, ter mais um ciclo, não sei, porque foi importante, foi legal. Eu ainda sinto falta de tipo, se isso tivesse tido uma continuidade, pra gente tirar as dúvidas mesmo, aprender mais coisas, eu acho que seria interessante pro usuário e pra gente também, porque desmotiva muito você não

ter algo novo pra trazer, ficar só naquela mesmice” (P1).

“Só que eu penso que esse tipo de trabalho teria que ser contínuo né, e se para morre, acaba. Junto com isso, acaba aquilo que tava te trazendo qualidade também, se acaba definitivamente né. Acho que deveria existir grupos dessa forma, mas contínuos sabe? Porque os problemas vêm, as dores vêm, o cansaço vem, a estafa vem; você tem que ter alguma coisa pra escapar da pressão sempre, então pra mim era um grupo muito bom, muito divertido, com muita dinâmica e muita educação voltada às práticas diárias mesmo né, do nosso dia a dia, as coisas que a gente podia tá mudando e melhorando no nosso dia a dia. É uma pena que hoje não tem quase movimento nenhum voltado pra nós que somos servidores né, estamos aqui só servindo, mas uma hora a gente precisa ser servido também, como qualquer ser humano” (P9).

## **Afetividade**

Entende-se que o trabalho em equipe de saúde demanda comunicação cotidiana entre os profissionais e compartilhamento de suas ações e saberes, propiciando a formação de vínculos que reflete em maior aceitação do outro enquanto sujeito autônomo e pensante (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000). Nesse sentido, aqueles que participaram da capacitação relataram, em diversos momentos, como esta foi importante para promover união da equipe devido à aproximação de trabalhadores que, embora atuem em um mesmo ambiente, muitas vezes não conseguem conversar e interagir.

“Eu senti que eu consegui me entrosar com algumas pessoas que, às vezes, eu não tenho tanto contato, mesmo vendo todos os dias” (P1).

“[...] ajudou no convívio com as pessoas, porque você acaba convivendo mais, você acaba aprendendo com as pessoas, ajudava bastante, porque você acaba se entretendo com as pessoas que você não conversa, que no convívio do seu trabalho você acaba nem conversando, daí na atividade você acaba criando mais vínculo” (P2).

“Se a gente for parar e pensar, a gente passa mais tempo com o pessoal aí dentro, não só com os usuários, mas com os outros funcionários do que com a nossa família em casa. Então assim, claro, ali acontecem algumas discórdias, têm algumas desavenças né, algumas coisas que eu concordo e você não... Então assim, às vezes, é legal algum tipo de atividade assim pra fazer a gente parar um pouco e pensar no outro sabe, falar ‘não, peraí’” (P5).

A união da equipe é importante, sobretudo na ESF, pois se faz necessária a presença de uma equipe multiprofissional entrosada para melhor proporcionar a integralidade do cuidado aos usuários (ARAÚJO; ROCHA, 2007), uma vez que este é um dos princípios doutrinários do SUS e consiste em ações preventivas e curativas em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990) viabilizadas pelo trabalho conjunto de profissionais de diversas áreas.

Porém, é importante salientar que apenas ter uma equipe multiprofissional atuando em um mesmo espaço físico não é suficiente para modificar o tipo de cuidado ofertado aos pacientes (ARAÚJO; ROCHA, 2007); é necessário tomar condutas que de fato proporcionem a transformação das práticas profissionais, oportunizando a interação e a troca de conhecimentos entre os trabalhadores (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Nesse sentido, a atividade física desempenhada de forma lúdica pode se mostrar como uma ferramenta com grande potencial, já que por meio da ludicidade, as pessoas podem se expressar

livremente, além de conhecer e transformar a própria realidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A constatação de repercussões na saúde e afetividade de profissionais que participaram do grupo “Para Nossa Alegria”, uma capacitação teórico-prática em PCAF, são os principais achados deste estudo.

Esses resultados justificam a adoção de uma ação mais ampla envolvendo novas capacitações, tanto no âmbito local da USF em questão quanto nos demais equipamentos de saúde da rede assistencial de atenção primária, a qual poderia ser ofertada pelo PEF integrante do NASF que, até então não estava disponível no município de São Carlos.

A ampliação da abrangência dessa capacitação pode proporcionar um empoderamento dos profissionais da ESF no que diz respeito à promoção em saúde e prevenção de agravos, em especial na ação específica de PCAF. O envolvimento destes no incentivo à adoção de atividades físicas como hábito de vida saudável pela população reflete em maior integralidade do cuidado, levando os benefícios da prática para uma maior parcela de indivíduos.

Em outro âmbito, tendo a capacitação uma parte prática que viabiliza a vivência de PCAF aos profissionais de saúde, concomitantemente proporcionando bem-estar por meio de benefícios biopsicossociais, subentende-se melhora indireta na integralidade das ações destinadas aos usuários dos serviços, pois estando o trabalhador melhor consigo mesmo, existe maior probabilidade de se dedicar ao próximo.

Entretanto, a implementação dessa capacitação como uma estratégia municipal, estadual ou nacional deve ser adotada levando-se em consideração a barreira de adesão dos profissionais. Nesse sentido, é importante pensar em mecanismos que incentivem maior participação dos trabalhadores, como estabelecer um horário semanal para o cuidado laboral com a equipe, pois promoção, prevenção, cura e reabilitação devem ser realizadas por todos os membros da equipe.

Além disso, no que diz respeito às PCAF, os conceitos e conhecimentos mudam com determinada periodicidade, sendo necessária uma atualização mais frequente dos temas, uma vez que as demandas dos serviços de saúde são inúmeras e aumentam a cada dia, não favorecendo que o trabalhador renove seu repertório sozinho, o que implica na necessidade da recondução da capacitação proposta.

Ainda, devido ao fato de este projeto ter sido desenvolvido em uma ESF em que seus membros criaram laços de afetividade com a pesquisadora principal, as respostas aqui apresentadas podem conter traços dessa relação harmoniosa, comprometendo, em partes, a subjetividade do estudo, o que representa uma limitação do mesmo. Por outro lado, reforça a importância da afetividade neste ambiente de trabalho.

Por fim, é esperado que os benefícios obtidos com essa capacitação reflitam na

---

qualidade do cuidado ofertado aos usuários pertencentes ao território adscrito da USF. Porém, no presente estudo, embora os profissionais tenham sido capacitados de forma a se tornarem multiplicadores dos temas abordados, os efeitos diretos com a população não foram avaliados. Assim sendo, pesquisas futuras devem ser incentivadas objetivando constatar se, de fato, o investimento na capacitação em PCAF para ESF beneficiarão a integralidade da atenção prestada ao paciente. Uma possibilidade para se atingir tal objetivo seria averiguar diretamente com os usuários mudanças referentes ao perfil das doenças previamente instaladas, modificações em condutas que englobem questões afetivas e emocionais e melhoras da qualidade de vida de forma geral após iniciarem as PCAF.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Plínio Luna de. et al. Interferência da prática de atividade física habitual na postura de jovens. **Terapia Manual**, v. 8, n. 37, p. 198-203. 2010. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/280713934>>

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-64. 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>>

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, 1997a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: Educação Física**. Brasília, 1997b.

CAMELO, Silvia H. Henriques; ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti. Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 14-21, jan./fev. 2004.

---

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000100003>>

CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no programa de saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 143-7, dez. 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672000000700024>>

CREWS, Debra J.; LANDERS, Daniel M. A meta-analytic review of aerobic fitness and reactivity to psychosocial stressors. **Medicine & Science in Sports & Exercise**, v. 19, n. 5 Suppl, p. S114-20, oct. 1987. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3316910>>

DUARTE, Rosália. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225. 2004.

FREITAS, Fabiana Fernandes de. **A Educação Física no serviço público de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

GARNICA, Antonio Vicente Marafioti. Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, n. 1, p. 109-22, ago. 1997. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32831997000200008>>

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HOGA, Luiza Akiko Komura apud OLINISKI, Samanta Reikdal; LACERDA, Maria Ribeiro. Cuidando do cuidador no ambiente de trabalho: uma proposta de ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 100-104, jan./fev. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100019>>

KOBASA, Suzanne, C. Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 37, n. 1, p. 1-11, jan. 1979. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/458548>>

MARTINS, Maria Cezira Fantini Nogueira. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. **The International Journal of Psychiatry**, v. 8, n. 5, mai. 2003. Disponível em: <[http://www.polbr.med.br/ano03/artigo0503\\_1.php](http://www.polbr.med.br/ano03/artigo0503_1.php)>

MATSUDO, Sandra Mahecha; MATSUDO, Victor Keihan Rodrigues; BARROS NETO, Turíbio Leite. Efeitos benéficos da atividade física na aptidão física e saúde mental durante o processo de envelhecimento. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 60-76, abr./jun. 2000. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/1004>>

MERHY, Emerson Elias. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NEVES, Eloita Pereira apud OLINISKI, Samanta Reikdal; LACERDA, Maria Ribeiro. Cuidando do cuidador no ambiente de trabalho: uma proposta de ação. **Revista**

**Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 100-104, jan./fev. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100019>>

OLINISKI, Samanta Reikdal; LACERDA, Maria Ribeiro. Cuidando do cuidador no ambiente de trabalho: uma proposta de ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 100-104, jan./fev. 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000100019>>

TAMAYO, Alvaro. Prioridades Axiológicas, Atividade Física e Estresse Ocupacional. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 127-47, set./dez. 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552001000300007>>

TAYLOR, Shelley E. apud TAMAYO, Alvaro. Prioridades Axiológicas, Atividade Física e Estresse Ocupacional. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v. 5, n. 3, p. 127-47, set./dez. 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-65552001000300007>>

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

VAN CDOORNEN, Lorenz J. P.; DE GEUS, Eco J. C. Stress, physical activity and coronary heart disease. **Work & Stress**, v. 7, n. 2, p. 121-39. 1993. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/02678379308257056>>

**ÁREAS EMERGENTES EM  
PSICOLOGIA**



**PSICOLOGIA NAS URGÊNCIAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO ATENDIMENTO  
JUNTO AO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR**

*PSYCHOLOGY IN URGENCIES: AN EXPERIENCE REPORT IN THE ATTENDANCE  
WITH THE MILITARY FIRE DEPARTMENT*

Gisele Regina da Cunha<sup>1</sup>  
Michelle Marques Souza Peixer<sup>2</sup>  
Maria Isabel do Nascimento-André<sup>3</sup>

Recebido em: 09 abr. 2017  
Aceito em: 03 maio 2018

**RESUMO:** O presente trabalho é um relato de experiência de um estágio em psicologia, desenvolvido em um batalhão do Corpo de Bombeiros Militar. Tal estágio ocorreu no período de um ano entre o segundo semestre de 2014 e primeiro semestre de 2015, tendo como principais objetivos o acompanhamento aos profissionais nos atendimentos de urgência e emergência através da ambulância; orientação aos profissionais quanto a aspectos da atuação do psicólogo e fenômenos psicológicos; escuta qualificada aos profissionais; atendimento psicológico a vítimas e familiares. Neste período observamos o quão ampla pode ser a atuação da psicologia no campo das urgências, visto que sua contribuição abarca desde a sensibilização no atendimento às vítimas, quanto na orientação e intervenções diretas com os profissionais. Ao final do estágio percebemos a melhor compreensão dos profissionais quanto a atuação da psicologia, bem como, o aumento na humanização no atendimento às vítimas, trazendo benefícios tanto aos profissionais/instituição, vítimas, quanto às estagiárias.

**Palavras-chave:** Corpo de Bombeiros. Psicologia nas Urgências. Humanização.

**ABSTRACT:** The present article is an experience report of an internship in Psychology, developed in a Military Fire Department Battalion. This internship lasted for a year, between the second semester of 2014 and the first semester of 2015, having as main goals to accompany the professionals in the urgency and emergency care through the ambulance; orientation to the professionals about aspects of the Psychologist intervention and Psychological phenomena; qualified listening of the professionals; Psychological care to victims and their families. During this period, we observed how broad Psychological intervention can be in the field of urgencies, since its contribution embraces from sensibilization in the care for victims, to orientation and direct interventions with the professionals. At the end of the internship, we noticed a better comprehension of the professionals concerning the Psychology intervention, as well, the increase in the humanization in the victims' care, bringing benefits both for the professionals/institution, victims, and for the interns.

**Keywords:** Fire Department. Psychology in Urgencies. Humanization.

<sup>1</sup> Graduação em Psicologia pela Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, Formação em Tanatologia pela Rede Nacional de Tanatologia - RNT. E-mail: [giseleregina@gmail.com](mailto:giseleregina@gmail.com).

<sup>2</sup> Graduação em Psicologia pela Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI, Formação em Tanatologia pela Rede Nacional de Tanatologia - RNT. E-mail: [michellepeixer@hotmail.com](mailto:michellepeixer@hotmail.com).

<sup>3</sup> Doutorado pela Universidad de Sevilla (Espanha). E-mail: [minandre@gmail.com](mailto:minandre@gmail.com).

## INTRODUÇÃO

No ano de 2003 foi publicada a portaria 1863/2003 que institui a Política Nacional de Atenção às Urgências. Esta portaria visa garantir a universalidade, a equidade e a integralidade no atendimento e considera também que a atenção às “Urgências” deve fluir em todos os níveis do SUS (Sistema Único de Saúde). O documento prevê ainda o desenvolvimento de estratégias promocionais de qualidade de vida e saúde, capazes de prevenir agravos e proteger a vida (BRASIL, 2003). Neste sentido, o trabalho do psicólogo junto ao atendimento de “Urgência” visa abranger a fluidez e integralidade junto à população, conforme preconiza tal portaria, bem como, dar subsídio à equipe que trabalha diretamente neste tipo de atendimento.

Assim como a universalidade e a equidade, a integralidade no atendimento é um dos princípios básicos do SUS, que envolve os saberes de profissionais, de usuários e da comunidade na construção de um cuidado efetivo à saúde (KALICHMAN e AYRES, 2016). Corroborando tal princípio, Viegas e Penna (2013) destacam que a integralidade se refere a uma assistência ampliada, considerando o ser humano dotado de sentimentos, desejos, aflições e racionalidades. Sendo ainda, construída cotidianamente visando às transformações sociais e de autonomia do sujeito.

Diante disso, os autores acrescentam que dentre estes três princípios, a integralidade é o mais desafiador e difícil de garantir, pois demanda uma mudança na perspectiva profissional, visto que ações curativas ainda estão dissociadas da prevenção e promoção de saúde (VIEGAS e PENNA, 2013; KALICHMAN e AYRES, 2016).

Configura, assim, elemento fundamental para que a universalidade e a equidade da atenção à saúde, princípios consubstanciais ao de integralidade, se realizem de modo pleno, permitindo ao SUS perseguir os objetivos de que se investiu na Constituinte de 1988 (KALICHMAN e AYRES, 2016, p. 2).

Tendo em vista que uma das “portas de entrada” dos atendimentos de urgência se daria por intermédio dos atendimentos realizados pelos bombeiros, faz-se necessário compreender a dinâmica envolvida em tal atendimento. Este ocorre por meio da articulação entre Central de Operações (COBOM) e serviço de Auto Socorro de Urgência (ASU) – articulação esta responsável pelo primeiro atendimento à vítima, desde o contato através da central de operações até a intervenção das guarnições junto ao ASU e encaminhamento a outras esferas de atendimento do SUS. Neste contexto, a agilidade no atendimento se faz necessária, sendo, muitas vezes, deixado de lado o que é singular e subjetivo do paciente, dando-se preferência às “urgências orgânicas” (MOURA, 1996).

Desta forma, a psicologia pode contribuir com estes profissionais, no sentido de fomentar um olhar humanizado para as demandas psicológicas que se apresentam na rotina de atendimentos/socorros, bem como, dar suporte para os profissionais através de orientação sobre fenômenos psicológicos/emocionais, ou, em relação às suas próprias demandas pessoais e emocionais.

Nesta perspectiva, um dos principais objetivos do estágio nessa instituição foi a

humanização do atendimento, visto que o artigo 2 da Portaria 1863/2003, em seu inciso 7, aponta que uma das formas de organizar este serviço deveria ser através da qualificação da assistência das equipes na atenção às urgências, “em acordo com os princípios da integralidade e humanização” (BRASIL, 2003).

Pensar a atuação do psicólogo nas instituições militares não seria tarefa fácil. O espaço de atuação desse profissional nessas instituições é relativamente pequeno e ainda há um número reduzido de profissionais atuando na área (NATIVIDADE, 2009). Por se tratar de um estágio com ênfase em saúde e integralidade, há a necessidade de que a psicologia se faça presente em espaços como este, auxiliando no atendimento direto à população, bem como, na saúde desse trabalhador (Bombeiro) que desempenha função tão essencial e repleta de estressores.

## **O TRABALHO DO BOMBEIRO MILITAR**

O Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina (CBMSC) tem por missão “Prover e manter serviços profissionais e humanitários que garantam a proteção da vida, do patrimônio e do meio ambiente, visando proporcionar qualidade de vida à sociedade”. Para o cumprimento desta missão as atividades desenvolvidas são subdivididas em: Prevenção a Sinistros (Atividades Técnicas), Atendimento Pré-Hospitalar (APH), Educação Pública, Busca e Resgate, Combate a Incêndio, Emergências com Produtos Perigosos e Operações Aéreas, Ajuda Humanitária (SANTA CATARINA, 2016).

As solicitações de atendimento ocorrem através da Central de Operações (COBOM), pelo telefone 193, onde a população tem o primeiro contato com a instituição. Esta, por sua vez, aciona os serviços de apoio, de acordo com o tipo de ocorrência, para a efetivação do atendimento. Tal articulação pode variar entre ambulância de Auto Socorro de Urgência (ASU), Auto Bomba-Tanque de Resgate (ABTR) e/ou viatura de Auto Resgate (AR), tratando-se esta última de serviço de apoio para captura de animais ou em ocorrências que exijam um número maior de profissionais.

A disponibilidade e destreza nestas atividades exercidas pelos bombeiros possui o reconhecimento da sociedade, pois estão ligadas a diferentes frentes de salvamento. Nesta premissa o título profissional “bombeiro” produz uma representação heroica e de salvação, uma espécie de super-homem. Acredita-se então que a profissão bombeiro militar possa produzir uma dupla responsabilidade, onde além de cuidar de seu ofício ainda se esforce em manter essa imagem heroica (SOUZA, 2013). A satisfação de dever cumprido, quanto aos salvamentos impregnados deste imaginário heroico, concomitante com as características estressoras do cotidiano de trabalho, reforçam a autoimagem de super-homens. Souza (2013) também ressalta que esta autoimagem heroica pode ser uma estratégia defensiva da profissão, então necessária ao enfrentamento dos riscos, produzindo o que Costa, Ribeiro e André (2014) chamam de “courage”. Diante disso, esses profissionais desconsideram seus problemas cotidianos, tratando-os como irrelevantes, se

comparados às "desgraças" presentes em sua rotina profissional. Esse fator gera alta vulnerabilidade nos profissionais, mesmo que esta, na maioria das vezes, não seja percebida (por eles).

A partir dessa perspectiva é possível dizer que assim como em outros campos de trabalho, a profissão do bombeiro militar também é fonte de prazer e sofrimento. Essa dinâmica, descrita por Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), acontece quando a saúde mental do trabalhador depende não tão somente da existência do sofrimento e do prazer, mas de um equilíbrio em identificar situações de sofrimento e transformá-las em prazer. Esse equilíbrio seria o resultado de uma regulação que requer a construção de estratégias defensivas especiais, elaboradas pelos próprios trabalhadores/bombeiros.

Neste sentido, ainda é escasso o treinamento contínuo referente a este aspecto, assim como praticamente inexistente o suporte psicológico a estes profissionais. Daí a importância de serem constantemente capacitados, não somente em atendimento pré-hospitalar, mas também no sentido de saberem lidar com suas frustrações e ansiedades frente às situações estressantes do seu trabalho.

Importante considerarmos que a atuação neste tipo de atendimento de urgência tem o agravante de que raramente sabem qual atendimento será prestado, bem como, as características e agentes que poderão interferir em tal atendimento, sendo que o inesperado é rotineiro no trabalho. Neste segmento, precisam estar não tão só em bom condicionamento físico, mas também com um bom condicionamento psíquico para saber lidar com situações estressantes. É necessário, portanto, estar pronto para uma tomada de decisão imediata, fator inerente desta profissão, porém, devem fazê-lo com qualidade e de forma mais humanizada para as vítimas e seus familiares (VEGIAN e MONTEIRO, 2011). Ressalta-se que o atendimento humanizado também oferece um ambiente mais tranquilo para o bombeiro, possibilitando uma possível diminuição no estresse que eles vivenciam no dia a dia, melhorando a sua efetiva intervenção.

## **CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA NOS ATENDIMENTOS DE URGÊNCIA**

Entre as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências, reformulada pela Portaria 1.600/GM, em julho de 2011, está a garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes), humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde, entre outras (BRASIL, 2011).

Nesta perspectiva, a intervenção da psicologia dentro do Corpo de Bombeiros Militar de Santa Catarina objetivaria ampliar as práticas de saúde e auxiliar no manejo da subjetividade das vítimas e dos próprios profissionais. Tal atuação corrobora o que traz a Política Nacional de Humanização, que define humanizar, por valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde (sejam usuários, trabalhadores ou gestores),

através da oferta de atendimento de qualidade, articulação dos avanços tecnológicos com o acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais, promoção da autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade, estabelecimento de vínculos, construção de redes de apoio em saúde e cogestão (BRASIL, 2004).

Considerando que no contexto de urgências e emergências não são apenas demandas físicas que emergem, mas também psíquicas, o trabalho do psicólogo deve procurar minimizar a intensidade das reações advindas da situação inesperada a qual se encontra a vítima. Afinal sua rotina é subitamente atravessada pelo inusitado mal-estar ou um acidente, de ordem diversa, que além das consequências orgânicas pode provocar uma condição perturbadora, composta por uma gama de sentimentos (medos, fantasias, inseguranças, desamparo, tristezas, sensação de impotência, ansiedade, entre outros). Esta atenção ao sofrimento não tão somente físico proporciona os primeiros passos em direção a inovação no acolhimento e para a humanização nos serviços de Urgência e Emergência (ALMONDES, SALES, MEIRA, 2016; VIEIRA, 2010).

O psicólogo também colabora com a equipe, intermediando a relação equipe/paciente/família, na preparação do paciente, no que tange ao controle de sua ansiedade, assim como no repasse de informações adequadas sobre os elementos relacionados ao evento e procedimentos que serão realizados. Institui-se como porta-voz das necessidades, desejos, e intervém de forma que os desencontros da informação sejam minimizados. Possibilita um clima de confiança e segurança, facilitando que o próprio paciente e/ou a família verbalize seus medos suscitados pelas perspectivas do atendimento, dores, incômodos e demais sentimentos que possam surgir. A intervenção do psicólogo também auxilia na relação equipe/paciente à medida que sensibiliza a equipe para aspectos psicossociais que dificultam a comunicação com o paciente (ALMONDES, SALES, MEIRA, 2016; VIEIRA, 2010). Esta mediação pode possibilitar aos profissionais um olhar mais humanizado, entendendo que mesmo quando fisicamente não há alterações graves que demande risco de morte, pode sim haver sofrimento.

## **MÉTODO**

Trata-se de atividades relativas ao estágio obrigatório de 9º e 10º períodos do Curso de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí. As atividades foram realizadas durante o segundo semestre de 2014, e primeiro semestre de 2015. O período das intervenções consistia em 10 (dez) horas semanais, que variavam de acordo com a disponibilidade das estagiárias e da instituição. Dentre as atividades realizadas constavam: acompanhamento aos profissionais nos atendimentos de urgência e emergência realizados pela equipe do Corpo de Bombeiros através do ASU; orientação aos profissionais quanto a aspectos da atuação do psicólogo, demandas do campo psi e sobre os fenômenos psicológicos; escuta qualificada aos profissionais; mediação entre bombeiros/vítimas/acompanhantes quando necessário.

As intervenções desenvolvidas nos atendimentos de urgência consistiram em ofertar suporte psicológico e acolhimento à família, amigos ou pessoa próxima que estivesse no local, assim como, à própria vítima, caso a mesma estivesse em condições de responder a intervenção das estagiárias. Durante a ocorrência, além de técnicas de relaxamento que buscavam acalmar a vítima (quando necessário), era também realizada triagem, visando detectar possíveis danos psíquicos e emocionais, objetivando estender o acompanhamento dos casos mais graves e/ou que as estagiárias identificassem haver uma necessidade de cuidado pós-atendimento. Nestes casos, eram realizadas orientações às vítimas no sentido de buscarem acompanhamento psicológico gratuito em longo prazo e indicados os seguintes serviços: CAPS ad, CAPS II, Clínica de Psicologia da UNIVALI ou para Unidades Básicas de Saúde.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Durante o período de estágio diversas foram as intervenções realizadas no campo da psicologia. Tais intervenções se situavam tanto na escuta qualificada ofertada aos profissionais quanto no apoio às equipes nos atendimentos prestados, com acolhimento direto às vítimas ou através de elucidações sobre os aspectos psicológicos/emocionais envolvidos nas ocorrências.

As escutas e orientações faziam parte da rotina do estágio, tendo em vista que elas não aconteciam com agendamento, ocorrendo durante o período em que o estagiário encontrava-se presente e disponível. Um dos maiores dificultadores desse trabalho foi a resistência existente na instituição, tendo em vista a imagem de “heroísmo” construída sobre essa profissão. Desta forma, era necessário que não houvesse a presença de mais profissionais no local, pois se um colega visse outro em atitude de desabafo, este poderia virar motivo de piada.

Com relação ao serviço prestado durante as ocorrências, este era inicialmente realizado pelos bombeiros, através dos procedimentos padrões de checagem dos sinais vitais, bem como, dos agravos orgânicos provocados pela situação inesperada que demandara tal ocorrência. Neste sentido, além das demandas orgânicas também emergiam aspectos psicológicos/emocionais, os quais, muitas vezes eram as causas primárias dos sintomas físicos. As crises de ansiedade, por exemplo, podem produzir vários sintomas físicos, como taquicardia, sudorese, dor de cabeça, tontura, diarreia, falta de ar, boca seca, pele fria, palidez, indigestão, entre outros. Por estas manifestações físicas, muitas vezes o Corpo de Bombeiros Militar é acionado no atendimento de emergências (MORAES e SILVA, 2015).

Dentre as diversas ocorrências acompanhadas, relataremos algumas em que o atendimento psicológico se apresentara como foco principal de intervenção. Como podemos ver no CASO 1, onde os bombeiros foram chamados por uma Unidade de Saúde para atendimento de um adolescente que apresentava quadro de taquicardia e dificuldade

de respiração (dispneia). Chegando ao local os bombeiros verificaram que os batimentos cardíacos do adolescente, que naquele momento já estava no oxigênio, estavam realmente alterados. Optou-se então por conduzi-lo à Unidade de Pronto Atendimento - UPA, para que permanecesse em observação. Durante o percurso, a estagiária interveio com o mesmo, buscando entender o que havia ocorrido e o que poderia ter desencadeado tal situação, tendo em vista que o mesmo não possuía histórico de problemas cardíacos. A partir disso, passou a questionar sobre o que ocorrera, bem como, sobre aspectos de sua vida emocional, afetiva, familiar. Enquanto o adolescente falava, a técnica de enfermagem que estava de plantão na ambulância (bombeira comunitária) observou que os batimentos cardíacos do mesmo começaram a estabilizar, assim como sua respiração. Desta forma, como já era tarde e não havia ninguém que os buscassem de volta, fora sugerido a sua liberação (do adolescente), tendo em vista que seus sinais vitais estavam normalizados. Foi orientado à sua mãe que caso os sintomas retornassem, poderia chamar novamente os bombeiros. Assim, esta assinou o termo de desistência da condução e foram deixados em local próximo a sua residência.

Através da intervenção da psicologia foi possível suscitar uma resposta física do adolescente com a diminuição dos batimentos cardíacos e a normalização da respiração. Segundo Stella e Pereira (2003) as crises não-epiléticas não possuem origem em alterações bioelétricas; sua origem está associada a processos psíquicos geralmente inconscientes e conduzem a manifestações sintomáticas dissociativas e conversivas, porém, não se pode negar o sofrimento do paciente. A ação fora eficaz e, em seus efeitos, evitara a condução da vítima e o dispêndio de recursos públicos para tal atendimento. Outro aspecto importante foi a visualização da equipe dos bombeiros para o trabalho da psicologia, sendo que, um dos bombeiros de plantão, chegou a relatar que se tivessem sempre um profissional de psicologia junto aos atendimentos, evitariam muitas conduções desnecessárias.

Outro exemplo a ser citado é o CASO 2, uma solicitação para mal-súbito, ocorrida em um estabelecimento público. Ao chegar no local, os bombeiros checaram os sinais vitais da vítima, que se encontravam estáveis. Durante esse procedimento realizaram uma conversa, a fim de investigar a origem dos sintomas (sudorese, palidez, calafrios e taquicardia). A vítima relatou ao bombeiro que tinha episódios de insônia, e realizou uma consulta médica, onde lhe foi dado o diagnóstico de algo que ela não sabia dizer ao certo “um negócio do pânico, acho que síndrome” (SIC), e receitado um medicamento ansiolítico, o que intensificou sua insônia. Ao perceber que o quadro físico era secundário a sintomas psicológicos/emocionais, o bombeiro fez orientações sobre um retorno ao médico para rever a medicação, e apresentou a estagiária de psicologia, possibilitando uma intervenção. Todos saíram da sala, ficando somente a estagiária e a vítima. Neste momento houve uma conversa, onde a vítima, entre momentos de choro, relatou que estava passando por um período de sobrecarga profissional, e por fazer auto cobranças, em relação a seu desempenho profissional, não conseguiu lidar com um apontamento feito pelo chefe em relação a um pequeno erro que cometeu. Referiu também muitas expectativas referentes a uma viagem familiar que aconteceria em poucos dias (medo de não conseguir preparar as

coisas, como as malas e documentações, e deixar seu trabalho acumulando na sua ausência). Destarte, a intervenção da estagiária ocorreu no sentido de possibilitar que a vítima externalizasse seus sentimentos, visando acalmá-la e possibilitando a remissão dos sintomas físicos. Desta forma, não foi necessário o deslocamento da vítima para um pronto atendimento. Realizou-se também elucidações sobre ansiedade e transtorno de pânico, e orientação sobre a possibilidade de acompanhamento terapêutico, independente do uso ou não de medicamentos.

É necessário que haja compreensão para perceber que estes sintomas são, na verdade, uma sensação de medo e apreensão, caracterizada por nervosismo, tensão e irritabilidade. A esta sensação damos o nome de ansiedade. Essa manifestação pode passar a ser patológica quando a reação é desproporcional à situação, dificultando o alcance de equilíbrio. Neste sentido o acompanhamento psicológico visa possibilitar estratégias de enfrentamento para lidar com tal fenômeno, entendendo a ansiedade como uma reação normal, adaptativa e positiva do organismo em resposta contra ameaças ou perigos que impulsiona o aumento de nossos esforços e desempenho (MORAES e SILVA, 2015).

Além das intervenções com as vítimas, outra ação muito comum, durante o estágio, foi o atendimento a familiares. No CASO 3 fica expressa a importância de profissional (psicólogo) que possa realizar esse suporte no momento do ocorrido. Tratou-se de um infarto em via pública. Ao chegarmos no local, a esposa encontrava-se abraçada à vítima. Inicialmente houve certa dificuldade em retirá-la de perto do marido para o atendimento dos bombeiros. Neste sentido a estagiária de psicologia foi requisitada a intervir para tentar afastar a familiar, dando-lhe suporte, tendo em vista seu estado emocional. Neste caso, o atendimento da psicologia foi fundamental. Como não foi possível socorrer a vítima, uma vez que esta já estava em óbito, foi solicitado a estagiária que repassasse a informação para os familiares. A partir desse momento, o movimento foi em levar a esposa para o interior da ambulância, a fim de preservá-la da desnecessária exposição – devido à presença de muitos populares que se encontravam no local. Nesta situação o atendimento consistiu em permitir que a mesma extravasasse seus sentimentos. Assim permaneceram, em silêncio, respeitando aquele momento e principalmente permitindo que externalizasse suas emoções através do choro. Após certo tempo, a mesma começou a se acalmar, sendo orientada sobre os procedimentos a serem tomados a partir dali. Segundo a perspectiva sistêmica, a perda é um processo transicional que envolve a pessoa morta e os sobreviventes em um ciclo de vida comum. Alcançar o equilíbrio neste processo é uma das tarefas mais difíceis que uma família pode enfrentar (WALSH e MCGOLDRICK, 1998).

O CASO 4 refere-se a ocorrência de uma vítima por arma branca. Ao chegar no local se constatou que a vítima estava deitada no chão da cozinha, com múltiplos cortes por todo o corpo, alguns superficiais e outros nem tanto, estando o chão muito sujo de sangue. A vítima não respondia aos questionamentos, apresentando-se catatônica, com olhar vago, como se estivesse inconsciente. Familiares que estavam no local relataram que a vítima foi quem realizou as lesões, e que a mesma já tentara suicídio outra vez, tomando



vários medicamentos hipertensivos (todos juntos). A vítima foi colocada na maca, já que não respondia às solicitações, e a princípio seria encaminhada para a emergência do hospital. Os familiares não puderam acompanhar a vítima na ambulância, pois precisavam preencher o boletim de ocorrência junto a Polícia Militar, que também estava no local, devido à gravidade da situação.

Dentro da Ambulância a estagiária realizou algumas tentativas de contato com a vítima, sem sucesso. Porém, aos poucos, com perguntas como: “Posso tirar o cabelo que está sobre seu rosto? Você está com frio? Quer que eu abaixe sua blusa?” (para verificar a gravidade dos cortes a blusa foi levantada), a paciente começou a sinalizar respostas, balançando a cabeça, referindo que sim ou que não, iniciando um vínculo. Ao verificar que a paciente começou uma comunicação, o bombeiro que estava sentado do lado da estagiária passou para parte da frente da ambulância, permitindo que vítima e estagiária pudessem conversar de forma mais privada. Pouco a pouco a vítima passou a verbalizar suas angústias, explicando que realmente foi uma tentativa de suicídio, onde se lesionara com a faca de serra, que encontrou em cima da mesa. E (emendara) que pretendia tentar outra vez. Falou sobre falta de vontade de realizar tarefas e de viver; e relatou que gostaria de voltar a ser a pessoa ativa que era antes destes sentimentos. A estagiária orientou sobre a necessidade de tratamento e perguntou se poderia entrar em contato posterior para novas orientações. Porém, a vítima não conseguiu lembrar seu telefone, pois se apresentava confusa. Desta forma foi acordado que a estagiária entraria em contato com a mesma, através da Unidade Básica de Saúde. O acolhimento realizado pela estagiária, cuja intervenção se baseava no diálogo, visava a escuta e valorização da queixa da vítima, identificando as suas necessidades. O acolhimento permitira o relacionamento e criação de vínculo com a vítima, favorecendo um encontro onde esta fosse percebida não apenas por suas debilitações físicas, devido a ocorrência, mas sim como uma pessoa com necessidades e desejos (VIEIRA, 2010).

Ao perceberem que a paciente já se encontrava mais lúcida e o caso não implicasse em risco de morte iminente, o encaminhamento foi feito para a Unidade de Pronto Atendimento – UPA, onde a paciente já respondia às orientações dos bombeiros e realizou seu deslocamento deambulando. Um dos bombeiros presente na ocorrência relatou que naquele momento viu a efetividade do trabalho da psicologia, onde a vítima falou sobre seus sentimentos e conseguiu sair do estado de inércia ao qual se encontrava e cooperar com seu atendimento.

## **CONCLUSÃO**

O presente relato descreveu algumas das atividades realizadas no estágio do curso de psicologia, o qual fora, pelo período de um ano, realizado em um Batalhão do Bombeiro Militar. Tal atividade possibilitou ampliar as competências profissionais necessárias para o exercício da profissão, pois atuar nas situações de emergência permitiu a aquisição de respostas ágeis a acontecimentos inesperados, que então devem ser executadas de forma

calma e clara. O campo envolveu diferentes possibilidades de intervenção, que variaram entre escuta e aconselhamento aos bombeiros e o atendimento às vítimas de urgência e/ou seus parentes.

Pode-se observar que em muitas ocorrências das quais as estagiárias participaram, apesar de a queixa latente ser proveniente de sintomas físicos, muitas dessas demandas acabavam se apresentando com um cunho emocional. Os casos que mais demandavam intervenções do campo da psicologia, durante os atendimentos, foram estresse frente à situação da ocorrência, crises de ansiedade, tentativas de suicídios, entre outros. Ficou claro que ao lidar com tais situações é imprescindível que o profissional da psicologia proporcione um atendimento humanizado, com o intuito de beneficiar a vítima frente a situação estressora. Desta forma o atendimento se transforma em uma via de mão dupla, pois além de beneficiar o paciente e auxiliar a equipe nos atendimentos, também possibilita o crescimento profissional das estagiárias.

É possível perceber uma evolução nas possibilidades de intervenção neste campo, se considerarmos algumas dificuldades apresentadas por Ribeiro, Costa e Nascimento-André (2014) no seu relato de experiência de estágio em psicologia no mesmo campo de atuação, que eram pautadas principalmente na falta de conhecimento dos bombeiros quanto ao fazeres do psicólogo. Neste sentido também percebemos esta evolução em nossas próprias intervenções, como nos CASOS 1 e 4 apresentados, onde as estagiárias buscaram as intervenções; enquanto nos CASOS 2 e 3, já familiarizados com o trabalho da psicologia, os próprios bombeiros buscam a ajuda das estagiárias. Percebe-se que esta ampliação do olhar dos profissionais/bombeiros para com o trabalho das estagiárias aconteceu pela continuidade dos estágios neste contexto e através de atendimentos pontuais e resolutivos feitos pela psicologia.

O estágio não buscou tornar os bombeiros dependentes da ajuda de um profissional da psicologia, a cada novo atendimento; porquanto se soubesse que tal formato fosse inviável. A intenção antes seria demonstrar que além da rápida resposta quanto às emergências orgânicas seria também preciso não perder de vista a escuta, o acolhimento, a subjetividade do outro que sofre. Pois a humanização é uma mudança que deve ocorrer não apenas nas estruturas e nas formas de trabalhar, mas também nas pessoas.

Ressalta-se novamente a importância do trabalho da psicologia dentro deste contexto no treinamento contínuo dos profissionais, assim como no suporte psicológico aos mesmos. Pois embora o estágio possuísse um enfoque em saúde e integralidade, durante um ano de intervenção não deixamos de considerar os componentes institucionais que permeiam o viés de organizações e comunidades. Foi possível observar algumas possibilidades de trabalho a serem desenvolvidas no campo.

Como sugestões para futuros projetos, podemos propor intervenções no campo do estresse ocupacional com foco no atendimento ao trabalhador, como o treino de habilidades de relacionamento interpessoal, não só para praças como também oficiais; a minimização dos impactos das relações hierárquicas, através da sensibilização dos oficiais e um trabalho com os profissionais em final de carreira, na preparação para a aposentadoria. Tais

propostas devem objetivar a minimização de situações que gerem sofrimento e desconforto laboral.

Outra ação que pode ser desenvolvida é a realização de rodas de conversa sobre as demandas psicológicas que muitas vezes são desconhecidas pelos profissionais da corporação, como crises conversivas, transtornos de humor e personalidade, etilismo e subjetividade, bem como, possibilitar aos mesmos que expressem suas próprias demandas e angústias relacionadas a práxis profissional.

Pensando nas situações externas à corporação, sugerimos divulgação junto a população sobre o serviço realizado pelos bombeiros e a diferenciação de outros órgãos públicos como SAMU, FAMAI, Polícia Militar, entre outros. Tal desconhecimento acaba aumentando o estresse e a demanda de trabalho, dificultando assim a realização do mesmo. Para isso, pode-se levantar como indicadores de tal necessidade, o número de ligações junto ao COBOM que se referem a trotes ou a serviços que não são demanda para os bombeiros. Essa divulgação deve fazer com que a sociedade conheça em quais casos devem solicitar atendimentos a cada órgão, otimizando assim o serviço prestado, uma vez que o congestionamento de solicitações de atendimento ao Corpo de Bombeiros é devido a essa falta de conhecimento.

## REFERÊNCIAS

- ALMONDES, Katie Moraes; SALES, Eleni de Araújo; MEIRA, Maísa de Oliveira. Serviço de Psicologia no SAMU: Campo de Atuação em Desenvolvimento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 2, p. 449-457, 2016. Disponível em: <<https://www.researchgate.net/publication/304339450>>. Acesso em: 20 out. 2016.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 25 out. 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. Portaria GM Nº 1.600, de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2010, Seção 1, p. 80. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html)>. Acesso em: 25 out 2016.
- \_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. Portaria GM Nº 1863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2003. Seção 1, p. 56. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863\\_26\\_09\\_2003.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt1863_26_09_2003.html)>. Acesso em: 25 out 2016.

---

COSTA, Etienne Pereira; RIBEIRO, Ana Cláudia Pereira; NASCIMENTO-ANDRÉ, Maria Isabel do. A Psicologia na Urgência e Emergência: Uma experiência no Corpo de Bombeiros. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 3, n. 2, p. 68-78, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicosuniarp.com.br/ries/article/view/294/0>>. Acesso em: 15 ago. 2016.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho**: Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

KALICHMAN, Artur Olhovetchi; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. **Rev. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 1-13, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n8/1678-4464-csp-32-08-e00183415.pdf> >. Acesso em: 22 out. 2016.

MORAES, Maria Camila Ferreira; SILVA, Niedja Pereira da. Saúde mental e as relações de trabalho: como ansiedade influencia o comportamento humano no ambiente de trabalho. **Interfaces de Saberes**, v. 14, n. 1. 2015. Disponível em: <<https://interfacesdesaberes.fafica-pe.edu.br/index.php/import1/article/view/533/274>>. Acesso em: 24 out. 2016.

MOURA, Marisa Decat de. **Psicanálise e Hospital**. Rio de Janeiro: Editora Revinter, 1996.

NATIVIDADE, Michelle Regina da. Vidas em risco: A identidade profissional dos Bombeiros Militares. **Revista Psicologia e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 411-420, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a15v21n3>>. Acesso em: 25 out. 2016.

SANTA CATARINA, Corpo de Bombeiros Militar. Disponível em: <<https://portal.cbm.sc.gov.br/>>. Acesso em: 24 out. 2016.

SOUZA, Kátia Maria Oliveira de. **A análise da relação trabalho e saúde na atividade dos bombeiros militares do Rio de Janeiro**. 2013. 152 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/14361>>. Acesso em: 23 mar 2017.

STELLA, Florindo; PEREIRA, Mário Eduardo Costa. Semiologia e características clínicas das crises pseudo-epilépticas. **Rev. Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. v.1, n 1, p.1-16, 2003. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/en/psi-18858>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

VEGIAN, Camila Fernanda Lourençon; MONTEIRO, Maria Inês. Condições de vida e trabalho de profissionais de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 4, p.1-7, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4409>>. Acesso em: 22 de ago. 2016.

VIEGAS, Selma Maria da Fonseca; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe de saúde família. **Esc Anna Nery**, Belo

Horizonte, v. 17, n. 1, p. 133-141, 2013. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000100019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100019)>.  
Acesso em: 20 set. 2016.

VIEIRA, Michele Cruz. Atuação da Psicologia hospitalar na Medicina de Urgência e Emergência. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 8, n. 6, p. 513-519, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n6/a1602.pdf>>.  
Acesso em: 22 ago. 2016.

WALSH, Froma; MCGOLDRICK, Monica. **Morte na Família: sobrevivendo às perdas**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

# CONSUMO, DEPENDÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E DROGAS<sup>1</sup>

CONSUMPTION, DEPENDENCE AND CHARACTERIZATION OF ALCOHOL USERS IN A CENTER FOR PSYCHOSOCIAL CARE OF ALCOHOL AND DRUGS

Marina Cristina Zotesso<sup>2</sup>  
Sônia Maria Alves de Paiva<sup>3</sup>  
Lais Oliveira Marques<sup>4</sup>

Recebido em: 23 mar. 2018  
Aceito em: 10 maio 2018

**RESUMO: Objetivo:** identificar o perfil dos usuários de álcool atendidos em um CAPS- ad, bem como caracterizar segundo variáveis sociodemográficas e econômicas, o consumo de álcool e o grau de dependência dos usuários. **Métodos:** Pesquisa descritiva qualitativa. Utilizou-se o instrumento para caracterização do perfil do usuário e o *Short Alcohol Dependence Data* (SADD). **Resultados:** Predomínio do sexo masculino, ensino médio completo e renda entre um a dois salários mínimos. A adesão dos pacientes foi considerada baixa. 41,66% iniciaram o consumo de bebidas com 10 ao 15 anos, e 58,33 consomem álcool diariamente. **Conclusão:** Há uma baixa efetividade na assistência aos usuários do CAPS ad embora haja o acolhimento aos pacientes. Contudo para que o tratamento seja de fato concretizado há a necessidade de que equipe disponha de estratégias para melhorar o vínculo com os pacientes e assegurar a continuidade do tratamento.

**Palavras-chave:** Alcoolismo. Equipe de assistência ao paciente. Serviços de Saúde Mental.

**ABSTRACT: Objective:** To characterize the alcohol users CAPS-second ad sociodemographic and economic variables and identify treatment compliance. **Methods:** Form of the user profile characterization and a questionnaire called SADD (Short Alcohol Dependence Data). **Results:** Prevalence of males with high school diplomas and income between one and two minimum salaries. Adherence of patients was considered low. 41.66% said they have started the consumption of beverages in the age group of 10-15 years and that their daily frequency of alcohol consumption (58.33%). **Conclusion:** There is a low effectiveness in assisting users of CAPS ad although there is the receptiveness of the patients. Yet for the treatment to be actually realized there is a need for staff available strategies to improve the relationship with patients and ensure continuity of care.

<sup>1</sup> Apoio do Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIP).

<sup>2</sup> Psicóloga. Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais Campus Poços de Caldas. Mestre e Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) Campus de Bauru, Brasil. Docente no curso de Graduação em Psicologia da Universidade de Marília – Unimar. E-mail: [marina.psi@unimar.br](mailto:marina.psi@unimar.br).

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem. Pós-doutoranda na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Álcool e Outras Drogas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil. E-mail: [soniaenf@hotmail.com](mailto:soniaenf@hotmail.com).

<sup>4</sup> Enfermeira. Graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais Campus Poços de Caldas, Brasil. E-mail: [lalaoliveira5@hotmail.com](mailto:lalaoliveira5@hotmail.com).

**||| Keywords:** Alcoholism. Patient Care Team. Mental Health Services.

## INTRODUÇÃO

O álcool e outras drogas estão presentes desde tempos remotos na sociedade, inseridos por meio de inúmeros rituais religiosos e culturais. Enquanto ganhou destaque na atualidade pelo número de usuários e início do consumo cada vez mais precoce (MACHADO e BOARINI, 2013). Dados apontam que até 12% da população pode ser afetada ao longo da vida pelas consequências do alcoolismo (BRASIL, 2009). Dessa forma, com o aumento significativo do consumo de bebidas alcoólicas entre os brasileiros, a temática passa a ser alvo de recorrentes estudos, bem como preocupação de saúde pública (ALVES e LIMA, 2013), seja pelo início precoce, danos pessoais e patrimoniais, adoecimentos ou gastos públicos em saúde.

Sendo o uso de álcool uma prática bastante difundida em nosso meio, a faixa etária de iniciação tem sido entre jovens e estudantes de 12 a 17 anos, entre eles 14, 8% bebem diariamente e 6,7% são dependentes de álcool (ROZIN e ZAGONEL, 2012).

O consumo alcoólico excessivo tem acarretado graves problemas, com consequências familiares, profissionais e sociais para os indivíduos e a coletividade. O alcoolismo está associado a risco e danos de alta complexidade, como situações de violência, acidentes de trânsito, suicídios, conflitos interpessoais, bem como uma maior exposição a doenças infectocontagiosas e propensão a gravidez indesejada (ALVES e LIMA, 2013).

Esses riscos se estendem a todas as camadas da população, sem distinção de escolaridade, etnia ou gênero (ACAUAN, DONATO e DOMINGOS, 2008). Pela facilidade em adquirir o produto, visto que é legalizado, com alta demanda e por não assumir o caráter de droga pelo senso comum, atinge de forma significativa e precoce os adolescentes, o que torna um dado relevante para o surgimento do alcoolismo (SILVA e PADILHA, 2013).

O uso crônico da substância pode causar alterações comportamentais e distúrbios mentais, como agressividade, conflitos familiares, depressão, além de manter relação com doenças, como a hipertensão arterial, gastrite, cirrose e outras (BARBOSA et al., 2013; GARCIA e FREITAS, 2015). Consequentemente, é um problema que onera os cofres públicos, pelos prejuízos que causa à sociedade, estimando-se que os custos sobressaiam a 1% do produto interno bruto (PIB) (ACAUAN, DONATO e DOMINGOS, 2008; REHM et al., 2009)

Para lidar com esse paciente, é fundamental que o primeiro contato do alcoolista com o membro do serviço de saúde que o acolhe, quer seja o psicólogo, enfermeiro ou demais, seja humanizada. É fundamental para que haja maior adesão ao tratamento, e depende da empatia e capacidade do mesmo para atender as demandas do paciente. Sendo assim, as atitudes que estes profissionais apresentam frente ao paciente, poderão afetar diretamente a continuidade do curso do tratamento.

Dentro da equipe, o enfermeiro passa a maior parte do tempo junto aos usuários dos serviços de saúde, oferecendo-lhes e aos seus familiares, suporte decorrente dos problemas relacionados com a ingestão abusiva de álcool (POLICK, 2011). Para tanto, é fundamental que a atenção ao alcoolista, se torne uma rotina nas avaliações dos profissionais de saúde, em qualquer instituição, pública ou privada, já que muitas são as lacunas de conhecimento em relação ao cuidado de uma clientela historicamente excluída e isolada do convívio da sociedade (MENDES e MACEDO, 2012).

Poucos agentes da saúde têm recebido capacitação para identificar os pacientes com problemas, realizar encaminhamentos adequados e planejar uma intervenção efetiva. A não existência de espaço no currículo para a aquisição de conhecimentos específicos e para refletir sobre crenças e valores associados ao uso de álcool e drogas pode contribuir para que o aluno e futuro profissional mantenha estereótipos acerca da doença e do tratamento (BARBOSA et al., 2013). A devida intervenção reduziria o problema do paciente, a reinternação e melhoraria o seu prognóstico.

Considera-se dessa maneira, imprescindível a busca de saberes acerca do alcoolismo, trazendo um novo olhar em relação à essa problemática e a oportunidade de prestar uma assistência a esta clientela com resolutividade.

O número de publicações sobre atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde frente ao álcool, o alcoolismo e do alcoolista vem ganhando destaque e maior visibilidade na atualidade. Contudo, ainda há a necessidade de estudos mais ampliados e aprofundados na temática, evidenciando que o tema tem despertado interesse entre os pesquisadores e profissionais de todo o mundo em virtude do crescente número de usuários de álcool atendidos no serviço de saúde (SOARES, VARGAS e OLIVEIRA, 2011).

Diante do exposto, o estudo objetivou geral identificar o perfil dos usuários de álcool atendidos em um CAPS- ad, bem como caracterizar segundo variáveis sociodemográficas e econômicas, o consumo de álcool e o grau de dependência dos usuários.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com uma abordagem quantitativa, realizado em uma cidade de Minas Gerais. A pesquisa foi financiada pelo Fundo de Incentivo à Pesquisa.

Como critérios de inclusão, a pesquisa adotou ter idade superior a 18 anos e ser alfabetizado. Para critério de exclusão; considerou-se os participantes que fossem usuários de álcool e fizessem concomitantemente o uso de outras substâncias psicoativas. A coleta dos dados foi realizada no período de fevereiro a junho de 2014.

Inicialmente, após a apresentação do projeto aos profissionais, foi realizada uma semana de observação da dinâmica do trabalho e dos pacientes com o objetivo de proporcionar um relacionamento bastante próximo e efetivo entre o pesquisador e seus



informantes.

A seguir, os pacientes foram recrutados durante as atividades terapêuticas de rotina do serviço. Aos sujeitos que aceitaram participar do estudo, foram apresentados os objetivos da pesquisa, orientados quanto aos objetivos da pesquisa, quanto aos procedimentos e esclarecidos quanto aos aspectos éticos e firmado o compromisso de aceite através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio da assinatura dos sujeitos e uma cópia foi entregue aos mesmos.

Eram cadastrados 6.400 paciente, contudo mesmo com o suporte necessário oferecido pela equipe, a frequência diária dos pacientes é muito baixa, em média 10 pessoas, que por sua vez se encontram como público predominante e ativo.

Utilizou-se como instrumento de coleta, um questionário para identificar o perfil dos usuários do serviço, como características sociodemográficos e econômicos e o questionário SADD (*Short Alcohol Dependence Data*), escala autoaplicável que classifica a dependência de álcool em leve, moderado e grave. A versão em português foi desenvolvida por Jorge e Masur (1985). A verificação dos dados da escala SADD é feita pela contagem das respostas assinaladas pelos participantes, correspondendo a: 0 Nunca, 1 Poucas Vezes, 2 Muitas vezes e 3 Sempre. Após a somatória individual das respostas assinaladas, o participante que obtiver resultados entre 1 – 9, classifica-se como leve dependência, resultados entre 10 -19 dependência média, e acima de 20 pontos, alta dependência.

Os dados coletados foram tabulados em planilha do MO-Excel, gerando um banco de dados o qual foram organizados pelo Programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 19.0 e foram analisados com base em estatística descritiva e à luz de literatura pertinente ao tema do estudo.

## RESULTADOS

A amostra do estudo consistiu-se de 24 usuários os dados sociodemográficos foram apresentados na tabela 1:

**Tabela 1-** Dados Sociodemográficos, segundo os usuários Minas Gerais, 2014 (N=24)

|        | Variável     | N  | %    |
|--------|--------------|----|------|
| Idade  | 21 a 30 anos | 6  | 25   |
|        | 31 a 40anos  | 7  | 29,2 |
|        | 41 a 50 anos | 3  | 12,5 |
|        | 51 a 60 anos | 8  | 33,3 |
|        | Total        | 24 | 100  |
| Gênero | Feminino     | 5  | 20,8 |
|        | Masculino    | 19 | 79,2 |
|        | Total        | 24 | 100  |
| Renda  | < 1          | 4  | 16,7 |

|                     | Variável                      | N  | %    |
|---------------------|-------------------------------|----|------|
|                     | 01 a 02                       | 10 | 41,7 |
|                     | 03 a 05                       | 3  | 12,5 |
|                     | Sem renda                     | 7  | 29,2 |
|                     | Total                         | 24 | 100  |
| <b>Escolaridade</b> | Ensino fundamental completo   | 6  | 25   |
|                     | Ensino fundamental incompleto | 5  | 20,8 |
|                     | Ensino médio completo         | 10 | 41,7 |
|                     | Ensino médio incompleto       | 2  | 8,3  |
|                     | Ensino superior incompleto    | 1  | 4,2  |
|                     | Total                         | 24 | 100  |
| <b>Estado civil</b> | Solteiro                      | 13 | 54,2 |
|                     | Casado                        | 5  | 20,8 |
|                     | Separado                      | 5  | 20,8 |
|                     | Viúvo                         | 1  | 4,2  |
|                     | Total                         | 24 | 100  |
| <b>Ocupação</b>     | Desempregado                  | 3  | 12,5 |
|                     | Não possui ocupação           | 2  | 8,3  |
|                     | Servente / Pedreiro           | 3  | 12,5 |
|                     | Afastado                      | 2  | 8,3  |
|                     | Demais profissões             | 14 | 58,3 |
|                     | Total                         | 24 | 100  |
| <b>Moradia</b>      | Casa própria ou da família    | 7  | 29,2 |
|                     | Residência alugada            | 8  | 33,3 |
|                     | Abrigo                        | 7  | 29,2 |
|                     | Outro (amigo ou na rua)       | 2  | 8,3  |
|                     | Total                         | 24 | 100  |

**Fonte:** Dados obtidos de pesquisa. Poços de Caldas, MG, Brasil. 2014.

Como demonstrou a tabela 1, a amostra foi constituída predominantemente pelo gênero masculino, contando com 79,2% da amostra, a faixa etária dos participantes envolvidos apresentou-se de forma mista, com prevalência para 51 a 60 anos; no quesito *estado civil*, prevaleceu solteiros, com 54,2%. Com relação à *renda* salarial dos participantes, os dados enfatizam que 41,7% dos entrevistados, tinham renda entre 01 a 02 salários mínimos. Quanto à *escolaridade*, o ensino médio completo foi prevalente, correspondendo a 41,66% do total.

Na *ocupação*, 14 dos entrevistados (58,3%) relataram profissões diversas, incluindo artesão, músico, “chapeiro”, entre outras e na *moradia*, apresentou predominância quanto a variável *residência alugada*, com 33,3% de respostas, seguido de abrigo (29,2%).

Quanto ao uso de bebida alcoólica, a tabela 2 evidenciou que:

**Tabela 2** – Distribuição do consumo de bebida alcoólica, segundo início, tipo e frequência. Minas Gerais, 2014 (N=24)

|   | Variável           | N   | %      |
|---|--------------------|-----|--------|
| Início do consumo de bebidas alcoólicas | 10 a 15            | 10  | 41,7   |
|   | 16 a 20            | 7   | 29,2   |
|   | 21 a 30            | 1   | 4,2    |
|   | 31 a 41            | 6   | 25     |
|   | Total              | 24  | 100    |
| Tipos de bebidas alcoólicas             | Cerveja            | 21  | 87,5   |
|   | Cachaça            | 21  | 87,5   |
|   | Whisky             | 11  | 45,8   |
|   | Vodca              | 15  | 62,5   |
|   | Vinho              | 16  | 66,7   |
|   | Álcool puro        | 6   | 25     |
|   | Outros             | 3   | 12,5   |
|   | Total              | 93* | 387,5* |
| Frequência                              | Diariamente        | 14  | 58,3   |
|   | 1 x por semana     | 5   | 20,8   |
|   | 2 a 3 x por semana | 4   | 16,7   |
|   | 4 a 6 x por semana | 1   | 4,2    |
|   | Total              | 24  | 100    |

\*Os entrevistados podiam marcar mais de uma alternativa. Fonte: Dados obtidos de pesquisa. Poços de Caldas, MG, Brasil. 2014.

Os resultados apontaram para um *início do consumo* na faixa etária dos 10 a 15 anos de idade (41,7%)

Na variável *tipos de bebida alcoólica*, os usuários relataram consumirem uma variedade de bebidas, prevalecendo, a cerveja e igualmente, a cachaça (87,5%). Para o item *outros*, os participantes relataram terem consumido produtos que continham álcool, como enxaguante bucal, acetona e gasolina, consumidos provavelmente em momentos de abstinência e/ou impossibilidade de acesso a outros produtos. A frequência da ingestão de tais bebidas foi relatada como diária pela maioria dos pacientes (58,3%).

Em relação aos níveis de gravidade, de acordo com a escala SADD, a tabela 3 mostrou que os usuários apresentaram níveis severos de dependência alcoólica, conforme mostrado abaixo:

**Tabela 3** - Classificação dos níveis da síndrome de gravidade de dependência de álcool de acordo com os Escores da escala SADD . Minas Gerais, 2014 (N=24)

| Variável     | N         | %          |
|--------------|-----------|------------|
| Leve         | 3         | 12,5       |
| Moderada     | 3         | 12,5       |
| Grave        | 18        | 75         |
| <b>Total</b> | <b>24</b> | <b>100</b> |

**Fonte:** Dados obtidos de pesquisa. Poços de Caldas, MG, Brasil. 2014.

## DISCUSSÃO

Estudos apontam que o uso e abuso de álcool ainda é estatisticamente predominante para o sexo masculino (ABREU et al., 2012; CAVARIANI et al., 2012), embora a incidência e aumento do sexo feminino seja crescente com a atualidade, trazendo consequências de cunho social, física e psíquica (FERNANDES et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2012). Como outra pesquisa aponta (JORA, 2014) homens que consomem bebidas alcoólicas, apresentam maiores chances de se tornarem dependentes quando comparados a mulheres, porque o padrão de consumo dessa substância é bem superior entre eles e que a genética e as diferenças biológicas entre os sexos, desempenham importante papel nesse caso. A idades dos participantes em relação ao envolvimento com bebida alcoólica está em consonância com o que a literatura aponta, que o consumo do álcool é cada vez mais precoce, e gerador de consequências a longo prazo em virtude da vulnerabilidade, seja ela social, familiar ou emocional que se encontra o jovem (MANGUEIRA et al., 2015).

Com relação à renda e a escolaridade dos participantes, os resultados corroboram com outros estudos (ABREU et al., 2012), que têm mostrado o consumo elevado de álcool associado a pobreza, desemprego e a ausência de vínculos familiares, na tentativa de enfrentar as adversidades da vida (FERREIRA et al., 2013).

A literatura mostrou ainda que os consumidores somente de álcool geralmente eram mais velhos, brancos, casados ou separados/divorciados, com baixo nível de escolaridade, o que coincide com os achados da pesquisa (JORA, 2014). Segundo a literatura, a cerveja ainda é a preferência entre os consumidores (ALVES et al., 2014; BARROSO et al., 2013).

Com relação aos dados obtidos da classificação da escala SADD, a maioria dos usuários apresentou dependência alcoólica grave e nesse caso, o paciente pode apresentar sintomas biopsicossociais. A dependência alcoólica se desenvolve com o tempo, no início o usuário bebe com flexibilidade de horários, de quantidade e até de tipo de bebida, com o tempo passa a beber com mais frequência, em quantidades crescentes. Nos estágios avançados a pessoa experimenta uma compulsão para beber e sintomas de abstinência quando cessa o consumo, o indivíduo prioriza o ato de beber acima de qualquer outro valor

como saúde, família e trabalho (GIGLIOTTI e BESSA, 2004).

Além de criar transtornos em sua saúde física, mental e nas relações interpessoais; na vida econômica e social, o indivíduo enfrenta o estigma e conseqüentemente se isola, perde os amigos e o trabalho (MAGALHÃES e COIADO, 2007).

No caso da pesquisa, a maioria dos participantes exerciam trabalhos informais, o que pode-se ser justificado pela dificuldade de manterem uma assiduidade no trabalho, uma vez que de acordo com as respostas, bebiam diariamente.

Dessa maneira, o alcoolismo requer uma estrutura de serviço adequada às necessidades dos pacientes, com uma equipe interdisciplinar com profissionais capacitados, que ofereça vários tipos de abordagens como alternativa ao tratamento, superando as possibilidades de abandono.

Dessa forma, os serviços de saúde, como o Caps-AD, contribuem para que os usuários de álcool e outras drogas encontrem possibilidades para um tratamento que contribua para a sua reinserção na sociedade, em especial no mercado de trabalho, superando os estereótipos indesejáveis que recaem sobre eles.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados obtidos no estudo constataram que o alcoolismo compromete a qualidade de vida dos indivíduos, além de estar associado a outras drogas e, servem de subsídios para o desenvolvimento e planejamento de ações preventivas ao consumo abusivo da substância.

Apesar da incidência do consumo de álcool no estudo ter sido entre usuários adultos na faixa de 50 a 55 anos, a idade de início foi precoce, o que leva a refletir a necessidade de ações preventivas voltadas para a população de adolescentes, incluir parcerias com escolas do ensino médio e fundamental, através de projetos que envolvam a temática álcool e drogas. Em nossa vivência, como docente e supervisora de estágio no CAPSad, por diversas vezes, ouviu-se dos usuários, que quando iniciaram o consumo, se tivessem as informações que tinham, não teriam feito essa escolha, demonstrando como é necessário esse trabalho com essa população, utilizando-se de estratégias didáticas que modifiquem a maneira de interação dos adolescentes, ampliando a sua capacidade de compreensão, de julgamento e crítica, para que se tornem cidadãos responsáveis e conscientes para que possam apropriar dos conhecimentos necessários para um maior controle de sua saúde.

A escola é um território privilegiado para a incorporação de conhecimentos sobre saúde, assim como para a possibilidade de transformar, o atual quadro de vulnerabilidade social que muitos jovens brasileiros vivem atualmente.

Constatou-se ainda no estudo pelo tamanho da amostra, que a adesão de usuários no serviço é baixa e para que melhore essa adesão é necessária a conscientização da sua

---

dependência, dos prejuízos que o álcool acarreta em suas vidas e se engajar em programas terapêuticos do serviço, o que exige motivação individual para a mudança de comportamento.

Torna-se ainda importante ressaltar o papel da equipe do CAPS ad, relacionada ao acolhimento, ao vínculo entre profissional e paciente, a infraestrutura e a necessidade de capacitação dos profissionais para o planejamento de intervenções terapêuticas mais apropriadas, com vistas ao aumento da adesão e da qualidade de vida dessa população.

## REFERÊNCIAS

ABREU, A. M. M. *et al.* Consumo nocivo de bebidas alcoólicas entre usuários de uma Unidade de Saúde da Família. *Acta Paulista de Enfermagem* v. 25, n. 2, p. 291–295, 2012.

ACAUAN, L.; DONATO, M.; DOMINGOS, A. M. Alcoolismo: um novo desafio para o enfermeiro. *Escola Anna Nery*, v. 12, n. 3, p. 566–570, set. 2008.

ALVES, M. V. Q. M. *et al.* Uso de bebidas alcoólicas entre adolescentes: perfil de experimentação, uso regular e fatores de risco. Feira de Santana-Bahia. *Revista baiana de saúde pública* v. 29, n. 1, p. 91, 2014.

ALVES, V. S.; LIMA, I. M. S. O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. *Revista de Direito Sanitário* v. 13, n. 3, p. 9, 2013.

BARBOSA, N. L. *et al.* Cuidado de Enfermagem a pacientes alcoolistas: percepções da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research* v. 0, n. 0, 1 maio 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/5679>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

BARROSO, T. M. M. D. A. *et al.* Programa de prevenção do uso/abuso de álcool para adolescentes em contexto escolar: parar para pensar. *Escola Anna Nery* v. 17, n. 3, p. 466–473, 2013.

CAVARIANI, M. B. *et al.* Expectativas positivas com o uso de álcool e o beber se embriagando: diferenças de gênero em estudo do Projeto GENACIS, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* v. 28, n. 7, p. 1394–1404, jul. 2012.

FERNANDES, H. N. *et al.* A práxis do cuidado em saúde mental na atenção ao uso e abuso de álcool. *Ciência, Cuidado e Saúde* v. 11, n. 4, p. 827–831, 22 maio 2013.

GARCIA, L. P.; FREITAS, L. R. S. de. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* v. 24, n. 2, p. 227–237, jun. 2015.

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. A. Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria* v. 26, p. 11–13, maio 2004.

JORA, N. P. Consumo de cocaína, crack e múltiplas drogas: interfaces com a qualidade

de vida de usuários. *Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto*, 2014. 150 p. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-07012015-140041/>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia: Ciência e Profissão* v. 33, n. 3, p. 580–595, 2013.

MAGALHÃES, F.E.; COIADO, C. R. P. Assistência de enfermagem ao paciente etilista: uma análise dos últimos oito anos. v. 25, n. 2, p. 113–9, 2007.

MANGUEIRA, Suzana de Oliveira *et al.* Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. *Revista Psicologia & Sociedade* v. 27, n. 1, 27 jan. 2015. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/seerpsicsoc/ojs2/index.php/seerpsicsoc/article/view/3858>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

MENDES, A.; MACEDO, J. A. de. Alcoolismo: Um estudo sobre a importância dos centros especializados na modificação dos ébrios habituais. *Revista Estação Científica* n. 7, p. 15, jun. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria executiva. Coordenação nacional de DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

OLIVEIRA, G. C. de et al. Consumo abusivo de álcool em mulheres. *Revista Gaúcha de Enfermagem* v. 33, n. 2, p. 60–68, jun. 2012.

POLICK, T. How to Care for Patients Who Abuse Alcohol. *Nursing Link* 2011. Disponível em: <<https://nursinglink.monster.com/benefits/articles/21500-how-to-care-for-patients-who-abuse-alcohol?print=true>>.

REHM, J. et al. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet* v. 373, n. 9682, p. 2223–2233, jun. 2009.

ROZIN, L.; ZAGONEL, I. P. S. Fatores de risco para dependência de álcool em adolescentes. *Acta Paulista de Enfermagem* v. 25, n. 2, p. 314–318, 2012.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. *Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília: SENAD, 2009.

SILVA, S. É. D. da.; PADILHA, M. I. O alcoolismo na história de vida de adolescentes: uma análise à luz das representações sociais. *Texto & Contexto - Enfermagem* v. 22, n. 3, p. 576–584, set. 2013.

SOARES, J.; VARGAS, D. de.; OLIVEIRA, M. A. F. de. Atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde diante do álcool, alcoolismo e do alcoolista: levantamento da produção científica nos últimos 50 anos. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)* v. 7, n. 1, p. 45, 1 abr. 2011.

FERREIRA, L. N. et al. Prevalência e fatores associados ao consumo abusivo e à dependência de álcool. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n. 11, 3409-3418. 2013.

---

# PERFIL DO ACOLHIMENTO DE CRIANÇAS EM UMA INSTITUIÇÃO DO SUL DE SANTA CATARINA

## PROFILE OF CHILDREN'S HOSTING IN A SOUTH SANTA CATARINA INSTITUTION

Gabriela Pereira Vidal<sup>1</sup>  
Miriam Fialho<sup>2</sup>  
Záira Bortoluzzi Donadel<sup>3</sup>  
Rodrigo Moraes Kruehl<sup>4</sup>  
Janaina Niero Mazon<sup>5</sup>  
Cláudio Sérgio da Costa<sup>6</sup>  
Adalberto Alves de Castro<sup>7</sup>

Recebido em: 22 maio 2018

Aceito em: 18 jun. 2018

**RESUMO:** A psicologia social está inserida nos contextos de saúde pública e busca compreender as relações entre os indivíduos e a sociedade. No entanto, desde os primeiros anos de vida, muitas crianças são negligenciadas pela sua família e recebem algum tipo de tratamento nocivo. Mediante a este quadro, estas são encaminhadas a instituições acolhedoras a fim de garantir os seus direitos enquanto crianças. O presente estudo objetivou-se a estudar o perfil do acolhimento de crianças em uma instituição do sul de Santa Catarina. A metodologia utilizada caracteriza-se como um estudo quantitativo e documental. Como resultados obtidos verificou-se um maior número de crianças do sexo feminino que frequentam a instituição, bem como os dados de permanência dos acolhidos é reduzido se comparado ao prazo determinado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. No entanto, surge a percepção de que a rede de políticas públicas dos municípios consorciados e conveniados a esta instituição, ainda necessitam de apoio em alguns serviços e modalidades. Nesse quesito, serão possíveis números ainda melhores em próximas pesquisas e estudos.

**Palavras-chave:** Acolhimento Institucional. Psicologia Social. Psicologia.

**ABSTRACT:** Social psychology is inserted in the contexts of public health and seeks to understand the relations between individuals and society. However, from the earliest years of life, many children are neglected by their family and receive some form of harmful treatment. Through this framework, they are referred to welcoming institutions in order to guarantee their rights as children. The present study aimed to study the profile of child care in an institution in the south of Santa Catarina. The methodology used is characterized as a quantitative and documentary study. As a result, a greater

---

<sup>1</sup> Aluna do curso de Psicologia. Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE.

<sup>2</sup> Aluna do curso de Psicologia. Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE.

<sup>3</sup> Pesquisadora e especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela Universidade do Sul de Santa Catarina- UNISUL.

<sup>4</sup> Pesquisador do Núcleo de estudos aplicados à saúde - NEAS, Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE.

<sup>5</sup> Pesquisador do Núcleo de estudos aplicados à saúde - NEAS, Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE.

<sup>6</sup> Pesquisador do Núcleo de estudos aplicados à saúde - NEAS, Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE.

<sup>7</sup> Pesquisador do Núcleo de estudos aplicados à saúde - NEAS, Centro Universitário Barriga Verde - UNIBAVE.



---

number of female children attending the institution were found, as well as the data on the permanence of the host population, when compared to the period established by the Statute of the Child and Adolescent - SCA. However, there is a perception that the network of public policies of the municipalities consortium and convened to this institution, still need support in some services and modalities. In this regard, even better numbers will be possible in future research and studies.

**Keywords:** Institutional Hosting. Social Psychology. Psychology.

## INTRODUÇÃO

A psicologia enquanto ciência colabora com o estudo da subjetividade humana, através das várias expressões: internas, externas, singulares e genéricas. Nossos comportamentos, sentimentos, “nossos porquês”, tudo isso sintetizado no termo subjetividade.

A subjetividade é a síntese singular e individual que cada um de nós vai constituindo conforme vamos nos desenvolvendo e vivenciando as experiências da vida social e cultural; é uma síntese que nos identifica, de um lado, por ser única, e nos iguala, de outro lado, na medida em que os elementos que a constituem são experienciados no campo comum da objetividade social. Esta síntese — a subjetividade — é o mundo de ideias, significados e emoções construído internamente pelo sujeito a partir de suas relações sociais, de suas vivências e de sua constituição biológica; é, também, fonte de suas manifestações afetivas e comportamentais (BOCK, et al, 1999).

A Psicologia Social, estuda a interação entre indivíduo e sociedade, buscando uma análise do mesmo e sua constituição através das relações sociais. (JACQUES, 2014). A convivência em um lar saudável com ações que fazem a criança e o adolescente se sentirem amados e protegidos contribuem para um desenvolvimento sadio (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Desde a primeira infância, período do nascimento aos três anos, a criança recebe estímulos para seu desenvolvimento psicossocial, onde começa então a formação de seus vínculos afetivos com os pais e outras pessoas. Ao longo deste processo, já na segunda infância, período dos três aos seis anos, inicia o processo de autoconceito e compreensão das emoções e a partir desta fase o autoconceito torna-se mais complexo afetando a autoestima, período de seis a onze anos. Na adolescência, o indivíduo inicia a busca por sua identidade e deve encontrar na família, escola e amigos traços que iniciarão a formação de seus laços sociais (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Embora seja esperado pela sociedade que os pais sejam afetuosos e amorosos com seus filhos, há famílias que não podem ou não querem dar afeto e amor aos seus filhos, e alguns, que além de negar este tratamento, colocam os filhos em risco e lhe causam danos. Entre as crianças negligenciadas, destacam-se alguns tipos de tratamento nocivo que fazem com que elas sejam institucionalizadas. No quadro 01 podemos destacar os principais fatos e suas características.

**Quadro 01:** Principais tratamentos nocivos e suas características de acordo com Papalia e Feldman (2013)

| Tratamento Nocivo      | Características  |
|------------------------|--|
| Abuso físico           | Envolve ferimentos causados por socos, espancamentos, chutes e queimaduras.  |
| Negligência            | Não atendimento das necessidades básicas da criança, como alimento, vestuário, assistência médica, proteção e supervisão.          |
| Abuso sexual           | Qualquer atividade sexual que envolva uma criança e uma pessoa mais velha.   |
| Maus tratos emocionais | Incluem rejeição, aterrorização, isolamento, exploração, degradação, ridicularização ou negação de apoio emocional, amor e afeição |

**Fonte:** Papalia e Feldman (2013)

De acordo com Papalia e Feldman (2013) o maior índice de vulnerabilidade em crianças acontece na primeira infância, período em que ela ainda não consegue, através da comunicação verbal, demonstrar esta violência. A Psicologia Social no Brasil é utilizada no contexto dos serviços públicos. “As políticas públicas surgem como necessidades em respostas aos problemas sociais” (SILVEIRA, et. al., 2007, p.21). As políticas de proteção social são baseadas na Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, criada a partir da Lei 8.742 tem por objetivo o amparo ao cidadão em situação de vulnerabilidade social e assegura os direitos à população carente (SILVEIRA, et al., 2007, p.21).

A proteção social no Brasil divide-se em básica, que tem o objetivo de prevenir situações de risco, e a especial que visa a proteção destinada às famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco social e pessoal. Os serviços na proteção especial são divididos em média e alta complexidade, sendo a média “aqueles que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos”. Dentro da média complexidade há o Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS, que visa a orientação e o convívio sócio familiar e comunitário em situações de violação de seus direitos (BRASIL, 2004).

Os serviços de alta complexidade são aqueles que oferecem proteção integral, onde o indivíduo ou família se encontram sem referência ou em situação de ameaça e precisam ser afastados do núcleo familiar. Entre esses serviços encontra-se o acolhimento institucional onde o psicólogo social exerce papel de extrema importância no que diz respeito ao acompanhamento dos indivíduos acolhidos (BRASIL, 2004). As leis que regem as instituições de acolhimento com normas de funcionamento são o Estatuto da Criança e do adolescente – ECA (BRASIL, 1990) e a Lei 12,010, Lei Nacional de Adoção (BRASIL, 2009).

#### O acolhimento após a Nova Lei de Adoção:

Com o advento da Lei Federal nº 12010/2009[4] – Nova Lei de Adoção –, houve uma profunda mudança no abrigo, que passou a ser denominado acolhimento institucional. A alteração mais substancial foi na autoridade detentora do poder de aplicar a medida. A partir de 2009, o afastamento de criança ou adolescente do convívio familiar tornou-se competência exclusiva do juiz de direito[5]. Portanto, o encaminhamento de crianças e adolescentes às instituições de acolhimento institucional, governamentais ou particulares, passou a depender da expedição de uma guia de acolhimento, por parte da autoridade judiciária (BRASIL, 2009).

O ECA (1990) no art. 4 menciona que:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (ECA, 1990, p.9).

Porém a realidade é que em muitos casos estes deveres não são cumpridos, ocorrendo a negligência em algum destes pontos. Sendo assim, o ECA também prevê no art. 98 as medidas de proteção aplicáveis nessas situações, entre essas medidas protetivas encontram-se o acolhimento institucional e a colocação da criança em uma família substituta (BRASIL, 1990).

Nesta rede de acolhimento, citada e estudada no artigo, são atendidas crianças e jovens até dezoito anos que tem seu convívio interrompido na família de origem. Inicialmente, dependendo do tipo de abuso, busca-se apoio e reestruturação na família de origem para uma possibilidade de a criança continuar com os pais, com intervenção do Centro de Referência e Assistência Social- CRAS e posteriormente do CREAS. Caso não seja possível a criança continuar com um dos pais, busca-se então que o indivíduo tenha possibilidade de permanecer com a família extensa, exemplo avós, tios ou algum familiar de convívio próximo. Não havendo esta possibilidade a criança/jovem permanece acolhida até decisão judicial, em última alternativa, ela é encaminhada à família substituta (BRASIL, 2009).

Conforme dados da Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina (2016), o estado no ano de 2016 contava com 1.458 crianças e adolescentes em programas de acolhimento e 2.502 pretendentes habilitados. O que não faz fechar esta conta é o perfil idealizado pelos adotantes contra a realidade existente de crianças em acolhimento. Com dados fornecidos pela Comissão Estadual Judiciária de Adoção (CEJA), os inscritos têm preferência por crianças até três anos de idade, do sexo feminino e sem irmãos enquanto nos abrigos de Santa Catarina, as crianças aptas à adoção encontram-se acima de oito anos.

Um conceito importante a ser mencionado é o de poder familiar. Para Nader (2010), “poder familiar é o instituto de ordem pública que atribui aos pais à função de criar, prover a educação de filhos menores não emancipados e administrar seus eventuais bens”. Sendo assim, no poder familiar, os pais/responsáveis, exercem um papel protetivo a criança ou adolescente.

Porém, quando os pais deixam de exercer o poder familiar, conforme previsto por legislação, violando direitos da criança, poderá haver a destituição do poder familiar. Nesses casos, o artigo 1638 do Código Civil prevê:

Art. 1.638. Perderá por ato judicial o poder familiar o pai ou a mãe que:  
I - castigar imoderadamente o filho;  
II - deixar o filho em abandono;  
III - praticar atos contrários à moral e aos bons costumes;  
IV - incidir, reiteradamente, nas faltas previstas no artigo antecedente (BRASIL, 2002, p.269).

As crianças e adolescentes que estão abrigadas passaram por algum tipo de direito violado, dentre eles: negligência, violência psicológica ou física e/ou abandono (que está entre as principais causas). A instituição, em questão, faz parte de um consórcio entre alguns municípios da região sul de Santa Catarina e atende crianças e adolescentes destas comarcas, ressaltamos a carência de instituições de acolhimento na região e que existem outras modalidades de acolhimento como família acolhedora, que prepara famílias para receber crianças e adolescentes em situação de acolhimento.

Em uma sociedade desigual as vulnerabilidades sociais emergem e as principais vítimas são crianças, adolescentes, mulheres e idosos. As políticas públicas da Assistência Social, por meio do Sistema Único de Assistência Social- SUAS surge como forma de garantir direitos, de forma preventiva, por meio da Proteção Social Básica e acolher vítimas de direitos violados por meio da Proteção Especial Social. Por esse motivo, é importante conhecer cada vez mais o público que chega a essas instituições.

O objetivo deste trabalho é de conhecer o perfil das crianças e adolescentes acolhidas em uma instituição do sul catarinense, tendo como objetivos específicos: 1- quantificar crianças acolhidas em sexo, idades e municípios de origem no período selecionado; 2 – quantificar quais os principais motivos de acolhimento; 3 – verificar os principais destinos das crianças acolhidas e 4 – verificar o tempo de permanência das crianças em acolhimento.

## **PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

O tipo de pesquisa utilizado foi quantitativo, que trabalha de forma a buscar objetividades em dados brutos e que possam ser quantificados. Essa pesquisa também se caracteriza como documental, pois foram analisados os dados de documentos provenientes da própria instituição e também como descritiva que “... têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2008, p. 28). Neste estudo, o critério utilizado foi a análise dos acolhimentos a partir de abril de 2012, que foi a data do último levantamento que a instituição possuía até dezembro de 2016.

Também foram incluídas, crianças e adolescentes acolhidos antes de abril de 2012, mas que ainda residiam na instituição de acolhimento quando realizada a coleta de dados. Quanto ao tempo de acolhimento, a cada saída do acolhido (tentativas de reintegração, tentativas de adoção, etc.), o tempo foi considerado como reiniciado, já que durante a coleta, era dessa forma que eram emitidas as guias de acolhimento recebidas na instituição.

Para a coleta de dados, foram utilizados os registros da própria instituição. Esses são dados que são registrados ao acolher uma criança/adolescente na própria rotina da instituição.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os termos utilizados nos registros de acolhimento e destino dos acolhidos não são padronizados, pois são aqueles que vêm na guia de acolhimento de cada acolhido. Para uma melhor análise dos dados obtidos, alguns motivos de acolhimento e destino descritos foram unificados em conjunto com a instituição, conforme quadros abaixo:

**Quadro 2:** Descrição de agrupamentos de motivos de acolhimentos

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| Abuso físico e/ou psicológico | Abuso físico ou psicológico; configuração familiar, negligência e dependência química; conflito familiar; conflito no ambiente familiar; situação de rua / conflito familiar; conflito.   |
| Abuso sexual                  | Abuso sexual.   |
| Adoção irregular              | Adoção direta; guarda ilegal; adoção ilegal; adoção irregular.  |
| Devolução da guarda           | Devolução de guarda; renúncia de guarda provisória; renúncia pelos tios e avós maternos.  |
| Fuga                          | Fuga  |
| Genitor acolhido com o filho  | Genitor acolhido com o filho  |
| Negligência                   | Uso de drogas e abandono; abandono dos pais, dependentes químicos e doença; abandono dos pais ou responsáveis; abandono; abandono / negligência; configuração familiar, negligência e dependência química; negligência; negligência e abandono por pais ou responsáveis; negligência, abuso de drogas; negligência / situação de rua. |
| Pais dependentes químicos     | Pais dependentes químicos/abandono; uso de drogas e abandono; pais dependentes químicos.  |

**Fonte:** Autores, 2017.

**Quadro 3:** Descrição de agrupamentos de destinos dos acolhidos

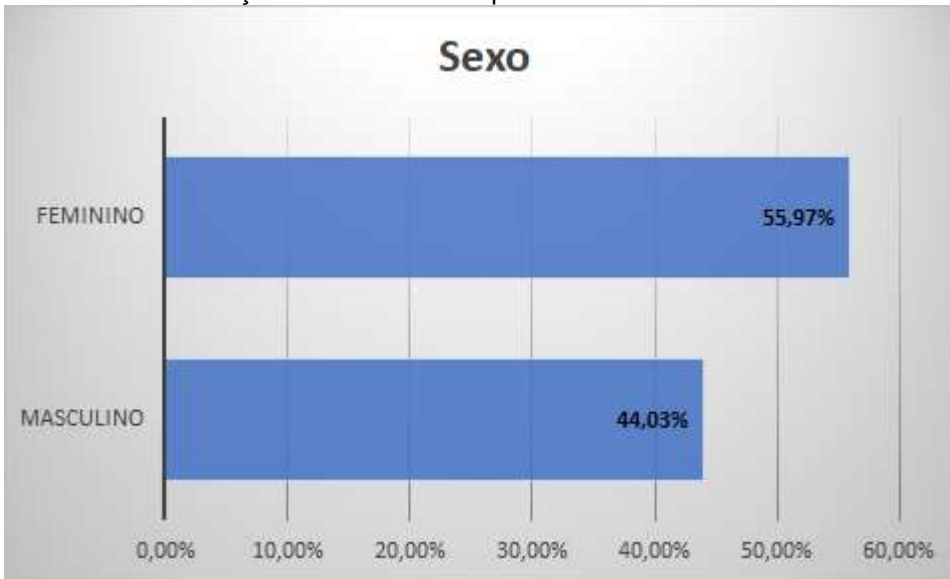
|                               |  |
|-------------------------------|--|
| Acolhidos                     | Institucionalizados na data de corte da pesquisa   |
| Adoção                        | Adoção   |
| Fuga                          | Fuga; Fuga após Família substituta;  |
| Maioridade                    | Maioridade   |
| Reintegração familiar         | Casa da madrinha; Família Biológica; Família de origem; Família extensa tia avó; Família substituta; Família substituta avó materna; Família substituta tia materna; Guarda à irmã; Guarda ao tio; Guarda aos avós maternos; Guarda para a avó; Guarda para a tia; Guarda para genitora; Guarda para a irmã; Guarda para o pai; Guarda para terceiros; Guarda terceiros; Mãe; Ordem rede parental; Rede parental; Reintegração com avó; Reintegração com mãe; Reintegração familiar; Restituição familiar; Restituição mãe; Restituição parental; Retorno; Retorno ao pai; Retorno familiar; retornou para a avó; Tia materna. |
| Transferência de instituição  | Transferência Araranguá; Abrigo Araranguá; transferência de abrigo.  |
| Transferência para tratamento | Clínica; Clínica Balneário Camboriú; Clínica Joaçaba; Transferência para tratamento.   |

**Fonte:** Autores, 2017.

A quantidade total de acolhimentos no período selecionado para esta pesquisa foi 134, sendo que alguns acolhimentos se referem a um mesmo indivíduo, porém em

acolhimentos diferentes.

**Gráfico 1** - Distribuição de acolhimentos por sexo



Fonte: Pesquisa dos autores (2017)

A primeira análise realizada foi em relação ao sexo biológico das crianças e adolescentes acolhidos. Entre esses números estão 55,97% (75) dos acolhidos do sexo feminino e 44,03% (59) do sexo masculino. É possível observar que o número de acolhimentos é maior no sexo feminino.

Pesquisas encontradas com o mesmo intuito apontaram resultados contrários em outras regiões do Brasil, onde os números de acolhimentos são maiores no sexo masculino do que no feminino, são os casos de uma pesquisa realizada em Ribeirão Preto – SP, onde obteve-se o resultado de 59% de meninos e 41% de meninas (SERRANO, 2008, p. 84) e outra pesquisa realizada em Belém – PA, onde em 2009 os números eram de 54,62% de meninos e 45,38% de meninas (CAVALVANTE, et.al, 2014 p.93). Não foram encontradas análises na região Sul do Brasil para uma comparação regional.

**Gráfico 2** - Distribuição de acolhimentos por idade.



Fonte: Autores, 2017.

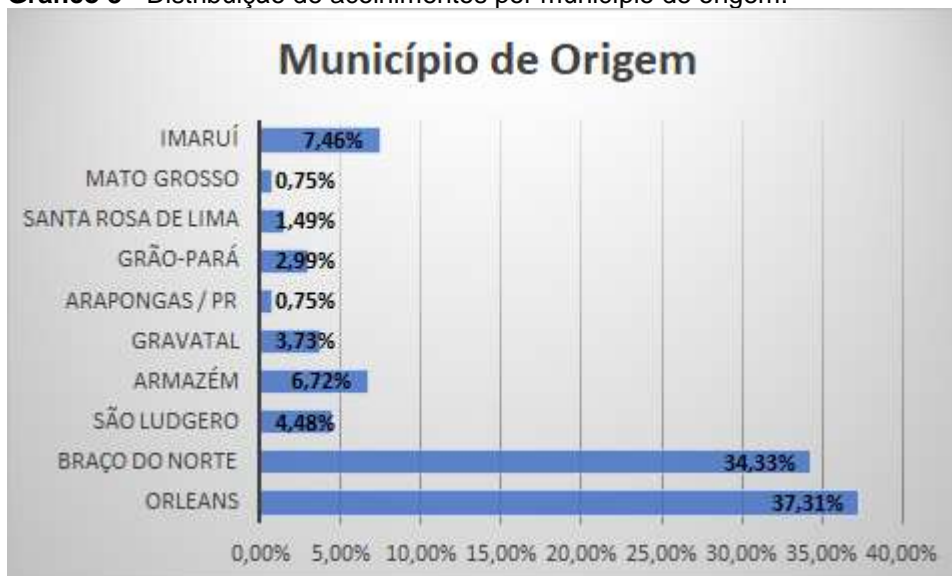
A segunda análise realizada foi referente a idade dos acolhidos quando houve o acolhimento. Nesta análise, levou-se como referências para a divisão dos grupos de idade os conceitos de Primeira Infância (do nascimento aos 3 anos), Segunda Infância (dos 3 aos 6 anos), Terceira Infância (dos 6 aos 11 anos) e Adolescência (dos 11 anos aos 20 anos) (PAPALIA & FELDMAN, 2013). Através desse gráfico percebe-se uma maior índice de acolhimento na primeira infância e na adolescência.

Cavalcante, et. al (2014) em Belém – PA, obtiveram um resultado semelhante em sua análise comparativa dos anos 2004 e 2009. Nessa comparação houve uma redução nesses números, mas mesmo assim mantinham-se elevados.

À época, 34,84% das crianças se encontravam no primeiro ano de vida, sendo que, quando se considerou a frequência da faixa-etária de zero a três anos, este percentual elevou-se e passou a representar 65,85%. Assim, quase dois terços das crianças estavam na primeira infância quando foram levadas a viver em uma instituição infantil. Em 2009, um percentual menor de crianças (9,63%) estava no primeiro ano de vida ou na faixa-etária de zero a três anos (44,98%). Este dado confirma que, no intervalo de cinco anos considerado pela pesquisa, houve uma redução no número de recém-nascidos acolhidos pela instituição logo após o parto, assim como de crianças que se encontravam no primeiro ano (CAVALCANTE, MAGALHÃES, REIS, 2014, p.93).

É possível observar que o número alto de acolhimentos em crianças de até 3 anos, talvez por uma maior vulnerabilidade dessas crianças, não é uma característica apenas desse estudo. Já em relação aos adolescentes, não foram encontradas outras análises quantitativas em relação a esse público referentes a idade no momento do acolhimento.

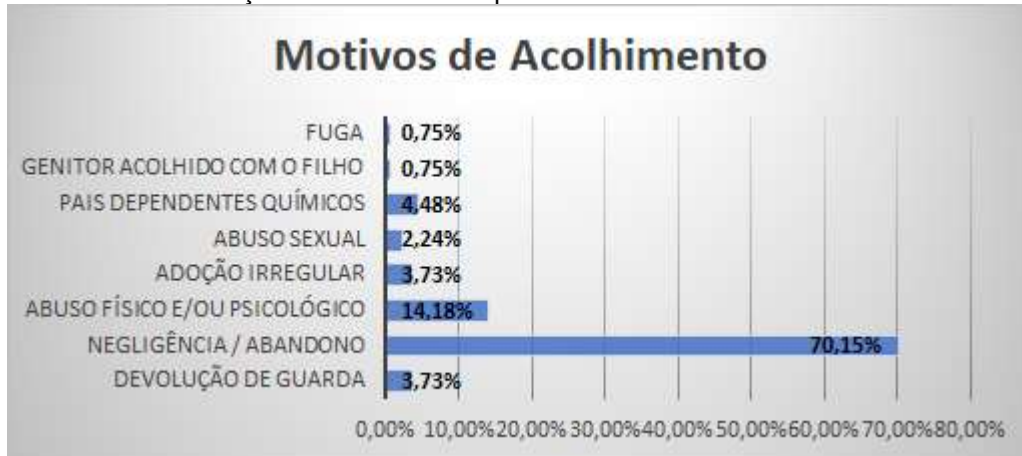
**Gráfico 3** - Distribuição de acolhimentos por município de origem.



Fonte: Autores, 2017.

De acordo com a análise por municípios, destacam-se dois resultados onde 34,33% (46) dos acolhidos são do município de Braço do Norte – SC e 37,31% (50) são do município de Orleans – SC. É importante a análise de que mesmo que o município de Orleans tenha uma população inferior ao de Braço do Norte, o número de acolhimentos é significativamente maior.

**Gráfico 4** - Distribuição de acolhimentos por motivo.



**Fonte:** Autores, 2017.

Os resultados referentes aos motivos do acolhimento institucional demonstram um número elevado de 70,15% (94) de acolhimentos por negligência ou abandono da criança/adolescente. Resultados semelhantes foram obtidos em Belém – PA no ano de 2004, onde 35,89% dos acolhimentos tiveram a negligência como motivo principal e 63,6% como motivo associado (Cavalcante, et.al, 2014, p.94) e também em um estudo realizado em Ribeirão Preto, onde 41% dos acolhimentos foram por negligência (SERRANO, 2008, p. 84). Um estudo realizado em Porto Alegre – RS em 2006, que serve como base para uma análise da região Sul, aponta 25,3% dos casos com o motivo de negligência (FONSECA, 2006, p. 124).

Quanto ao abandono, em 2009, em Belém – PA 12,4% dos acolhimentos o tiveram como motivo principal e 45,38% como motivo associado (Cavalcante, et. al, 2014, p.94) e em outra pesquisa realizada em Ribeirão Preto, o abandono ficou como o 3º motivo mais frequente, com 21,3% dos acolhimentos (SERRANO, 2008, p. 84). Já na região Sul, usando como base um estudo em Porto Alegre – RS, o abandono ficou como o 2º motivo mais frequente, com 18,2% dos casos (FONSECA, 2006, p. 124).

É possível observar números alarmantes nesses dois motivos unificados. Muitos autores os separam, porém é necessária a percepção de o abandono também se tratar de uma negligência com a criança/adolescente.



**Gráfico 5** - Distribuição de acolhimentos por destino.

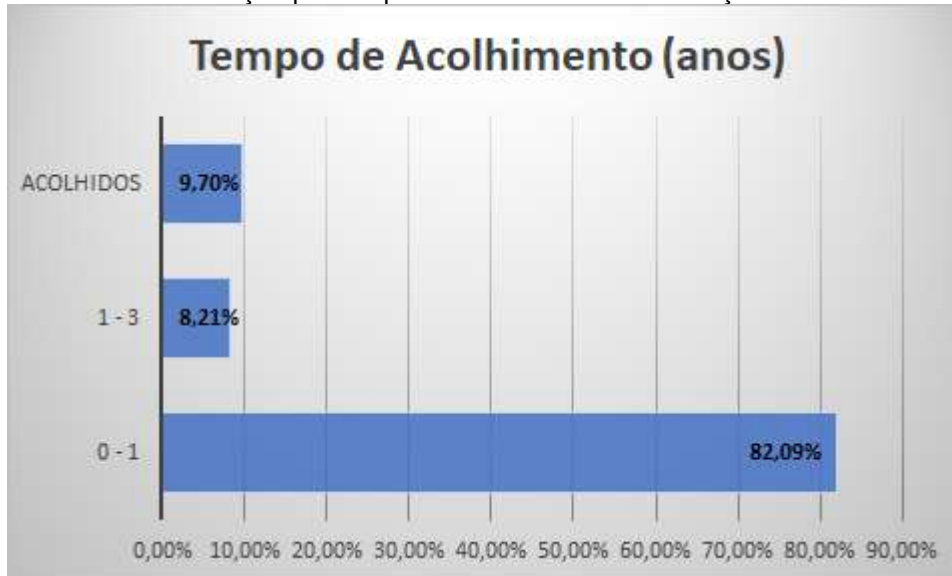


**Fonte:** Autores, 2017.

O destino dos acolhidos, é uma das análises mais importantes, já que perante a lei, o acolhimento deve visar a reintegração familiar como o principal destino após o acolhimento. Neste levantamento, este foi exatamente o principal destino, já que em 63,43% dos casos (85 de 134 acolhidos), ocorreu a reintegração familiar com um membro da família de origem ou externa. É perceptível que este objetivo está sendo cumprido nessa instituição, já que o número de crianças que voltaram para suas famílias é tão elevado.

É importante mencionar também que 14,18% dos acolhidos foram para a adoção, que é vista como uma última alternativa, nos casos em que não é possível a reintegração familiar. A adoção é um passo importante para manter essa criança/adolescente em um ambiente familiar, já que essa é uma necessidade básica para o desenvolvimento. Dos 9,70% que permaneciam acolhidos nessa pesquisa, ainda se encontravam na instituição por motivos como a busca pela família extensa para reintegração familiar, espera do processo legal de destituição ou não do poder familiar ou a espera pela adoção.

**Gráfico 6** - Distribuição por tempo de acolhimento na instituição.



**Fonte:** Autores, 2017.

A última análise realizada nesta pesquisa foi referente ao tempo de permanência no acolhimento institucional, onde observa-se que em 82,09% dos casos o período de acolhimento não ultrapassou o primeiro ano. Conforme o art. 101 do ECA, as instituições de acolhimento deverão ter caráter excepcional e transitório, uma vez que há apontamentos de efeitos em comportamentos dos indivíduos. Nesse quesito o tempo máximo de um ano para o acolhimento, pode ser considerado um tempo razoável, já que o Levantamento Nacional de Abrigos para Crianças e Adolescentes aponta que o tempo de permanência em 52,65% das instituições era superior a dois anos em 2004 (SILVA, 2004).

Há diversos estudos acerca no tempo de acolhimento e influências que ele terá no desenvolvimento do acolhido. Quando o acolhimento se dá ainda na infância, nas fases de desenvolvimento iniciais, é ainda mais preocupante, já que a atenção é dobrada (CAVALCANTE, et. al, 2007). Cada sujeito irá vivenciar essa experiência de uma forma, porém é um momento delicado, já que há uma separação de suas referências de origem para novas possivelmente distintas. É importante que os sentimentos que surgirem após o acolhimento sejam trabalhados, para que o sujeito não acumule sentimentos negativos como raiva, angustia, tristeza e constrangimento. É importante o destaque da necessidade de relações interpessoais positivas e de como elas irão auxiliar o sujeito a entender e encarar o acolhimento de forma positiva, assim, resultados como o de Santos serão cada dia mais possíveis, onde os sujeitos atribuem ao acolhimento um papel fundamental para o seu desenvolvimento pessoal e social, transformando o “risco” em “oportunidade” (SANTOS, 2010)

É necessário então que o local do acolhimento tenha uma rede de apoio social e afetiva, buscando recursos para que esse acolhido possa enfrentar os efeitos negativos oriundos tanto da família de origem quanto de fatores do mundo externo. Só dessa forma o local de acolhimento poderá fornecer um ambiente propício para o desenvolvimento geral do acolhido (SIQUEIRA, DELL'AGLIO, 2006).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das análises realizadas nessa pesquisa, pode-se perceber que a instituição onde baseou-se a mesma, tem um perfil de acolhimento parecido em alguns aspectos com outras do Brasil. É importante mencionar também que o número de pesquisas encontradas não foi o suficiente para caracterizar as regiões de todo o país na década atual.

Um aspecto que expande uma discussão é o de que nesta instituição os percentuais de sexo feminino são maiores que de sexo masculino. Novas pesquisas em outras instituições da região sul, deveriam ser realizadas para entender se este é um perfil da região, pois assim seria possível se trabalhar as políticas públicas de forma a diminuí-lo nesse sentido.

É importante frisar o aspecto extremamente positivo desta instituição em relação ao tempo de permanência dos acolhidos, pois a instituição apresenta valores muito positivos relacionados ao tempo que o ECA propõe. Lembrando que, quanto menor o tempo da criança/adolescente em acolhimento, menores serão os possíveis danos a sua visão de família, de mundo e também ao seu desenvolvimento.

A proposta inicial desta pesquisa foi realizar um levantamento em uma instituição de acolhimento à menores na Região Sul de Santa Catarina, conhecer os principais motivos da entrada, idade, sexo e destino destas crianças e adolescentes. Mas ao longo da pesquisa observamos novas possibilidades e discussões acerca do acolhimento institucional e suas funções.

Surge então a percepção de que a rede de políticas públicas dos municípios consorciados e conveniados a esta instituição, ainda necessitam de apoio em alguns serviços e modalidades. Nesse quesito, serão possíveis números ainda melhores em próximas pesquisas e estudos.

## REFERÊNCIAS

Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina. **Alesc relança campanha de estímulo à adoção de crianças e adolescentes**. Agencia AL, 2016. Disponível em: <[http://agenciaal.alesc.sc.gov.br/index.php/noticia\\_single/alesc-e-instituicoes-parceiras-relancam-campanha-de-estimulo-a-adocao-de-c](http://agenciaal.alesc.sc.gov.br/index.php/noticia_single/alesc-e-instituicoes-parceiras-relancam-campanha-de-estimulo-a-adocao-de-c)> Acesso em 17 de mar. de 2017.

BOCK, Ana Mercês Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes Trassi. **Psicologias**. São Paulo: Saraiva, v. 13, 1999.

BRASIL. **Código Civil, Constituição Federal**. 16 edição, rev., ampl., e atual. – São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

BRASIL. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Código Civil: Seção III

**Da Suspensão e Extinção do Poder Familiar**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/L10406compilada.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406compilada.htm)> Acesso em 1 de

maio de 2017

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente- ECA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente- ECA**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009. **Lei Nacional de adoção**. Brasília: 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/l12010.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12010.htm)> Acesso em: 2 de maio de 2017.

BRASIL. Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes. Brasília: **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, a Secretaria Especial dos Direitos Humanos, o Conselho Nacional Assistência Social e o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente**, 2009. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas/noticias/cnas-e-conanda-orientacoes-tecnicas-servicos-de-acolhimento-para-criancas-e-adolescentes-1>> Acesso em 9 de abril de 2017.

BRASIL. Proteção Social Especial de Alta complexidade. **SUAS**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, [ca.2010]. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/suas/guia\\_creas/alta-complexidade](http://www.mds.gov.br/suas/guia_creas/alta-complexidade)> Acesso em 9 de abril de 2017.

CAVALCANTE, Lília Iêda Chaves; MAGALHÃES, Celina Maria Colino; REIS, Daniela Castro dos. Análise comparativa do perfil de crianças em acolhimento institucional nos anos de 2004 e 2009. **Psico**, v. 45, n. 1, p. 90-99, 2014.

CAVALCANTE, Lília Iêda Chaves; MAGALHÃES, Celina Maria Colino; RAMOS, Fernando Augusto Pontes. Institucionalização precoce e prolongada de crianças: discutindo aspectos decisivos para o desenvolvimento. **Aletheia**, n. 25, 2007.

FERREIRA, R. da C. **Cinema como espaço de aprendizagem: as narrativas das crianças sobre os filmes no ensino fundamental**. Monografia (Trabalho de conclusão do curso de Pedagogia) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

FONSECA, Claudia et al. **Estrutura e composição dos abrigos para crianças e adolescentes em Porto Alegre**. Porto Alegre, 2006.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6 a . ed. São Paulo: Atlas, 2008.

IOCHPE, Eduardo Lewgoy. **A psicologia e o acolhimento institucional: histórias, práticas e lugares**. 2015. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/135433/000988892.pdf?sequence=1>> Acesso em: 2 de maio de 2017.

JACQUES, Maria da Graça Corrêa et al. **Psicologia social contemporânea: livro-texto**. Editora Vozes Limitada, 2014.

NADER, Paulo. **Curso de direito civil: direito de família**. 4.ed. Rio de Janeiro: Editora Forense. v 5, 2010.

PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth D. **Desenvolvimento humano**. 12<sup>a</sup> ed. Artmed Editora, 2013.

SANTIN, Silvino, Educação Física: **Da alegria do lúdico à opressão de rendimento**. Porto Alegre: 2001.

SANTOS, Maria Adelaide Mendes dos. **O acolhimento institucional prolongado de jovens em risco – a experiência passada de institucionalização e o seu significado actual para os sujeitos adultos**. 2010. 342. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, especialização em Desenvolvimento Social - apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra, 2010.

SERRANO, Solange Aparecida. **O abrigo de crianças de zero a seis anos de idade em Ribeirão Preto: Caracterizando esse contexto**. 2008. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SILVA, E. R. A. **O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil**. Brasília: IPEA/CONANDA. 2004

SILVA, Fernanda Lacerda. **Como ocorre a reintegração familiar? Investigando esse processo em uma amostra de crianças acolhidas**. 2012. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

SILVEIRA, Andrea Fernanda et al. **Caderno de psicologia e políticas públicas**. Curitiba: Gráfica e Editora Unificado, 2007.

SIQUEIRA, Aline Cardoso; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Crianças e adolescentes institucionalizados: desempenho escolar, satisfação de vida e rede de apoio social. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. 3, p. 407-415, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722010000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 2 de maio de 2017.

SIQUEIRA, Aline Cardoso; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. **Psicologia & sociedade**. São Paulo. Vol. 18, n. 1, (jan./abr. 2006), p. 71-80., 2006.

APA.

# MORTE NA UTI PEDIÁTRICA (UTIP): EXPERIÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS

## DEATH IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT (PICU): PROFESSIONALS' EXPERIENCE AND PERCEPTIONS

Anaí Ramos Vieira<sup>1</sup>  
Danielle Abdel Massih Pio<sup>2</sup>

Recebido em: 14 jun. 2018  
Aceito em: 16 jun. 2018

**RESUMO:** Este estudo teve como objetivo conhecer as experiências e analisar as percepções de profissionais da saúde com relação à morte em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP). O trabalho foi realizado com seis profissionais da UTIP de um hospital no interior do Estado de São Paulo. Para coleta de dados, foi utilizada a abordagem do Grupo Focal e para análise dos dados, foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). A partir dos discursos construídos, foram identificadas quatro temáticas: (1) Compreensão dos profissionais sobre a morte; (2) Capacitação profissional para lidar com a morte na UTIP; (3) O Impacto da morte no processo de trabalho da equipe; (4) Tentativas de controle da dor e do sofrimento mobilizados no processo de trabalho na UTIP. A técnica do grupo focal atendeu aos propósitos da pesquisa, possibilitando a construção de pensamentos e problematizações acerca do tema.

**Palavras-chave:** Unidade de terapia intensiva pediátrica. Categorias de trabalhadores. Morte. Pesquisa qualitativa.

**ABSTRACT:** This study aimed to know the experiences and analyze health professionals' perceptions about death in a Pediatric Intensive Care Unit (PICU). Six PICU' professionals from a hospital of the interior of São Paulo, Brazil, participated in the study. It was used a focus group approach in order to collect data which were analyzed through the Collective Subject Discourse (CSD). From the discourses constructed, it was possible to identify four themes into which they were arranged: (1) Professionals' comprehension about death; (2) Professional training (in order to help professionals handle with death in PICU); (3) The impact of death in the work process of the team; (4) Attempts to control pain and suffering which were mobilized in the working process in PICU. The focus group approach served the purposes of the research, allowing the construction of thoughts and problematizations about the theme.

**Keywords:** Pediatric intensive care unit. Categories of employees. Death. Qualitative research.

---

<sup>1</sup> Psicóloga Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Materno Infantil (FAMEMA). [anai.vieira@hotmail.com](mailto:anai.vieira@hotmail.com).

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva (FMB-UNESP); Assistente de Ensino (FAMEMA); Tutora na Residência Integrada Multiprofissional Materno-Infantil (FAMEMA). [danimassihpio@hotmail.com](mailto:danimassihpio@hotmail.com).

## INTRODUÇÃO

Atualmente, o hospital é munido de diversas tecnologias que envolvem recursos e equipamentos destinados ao prolongamento da vida, sendo as Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), cenários instrumentalizados para esse fim (POLES et al., 2013). Dentro de suas especificidades, a UTIP surge como consequência a esse avanço tecnológico, e se caracteriza como o local destinado ao tratamento de crianças gravemente enfermas e que por isso, demandam de uma assistência hospitalar diferenciada. No universo da pediatria brasileira, as primeiras UTI's voltadas para pediatria foram inauguradas na década de 1970. O intensivismo pediátrico é uma especialidade jovem e que desfrutou então, desses importantes avanços tecnológicos nos últimos anos, os quais criaram situações inimagináveis em que, frequentemente, o limite do prolongamento da vida é contraposto em favor do prolongamento da morte (POLES et al., 2013).

Conviver nesse cenário, constantemente com a morte e o morrer de crianças, pode ser muito dolorido e angustiante, já que no ciclo esperado da vida humana a criança tem uma vida toda pela frente o que consequentemente a afasta da morte. Quando esse ciclo é interrompido abruptamente, existe grande dificuldade de aceitação das pessoas em torno, inclusive da equipe que realiza os cuidados (POLES; BOUSSO, 2006).

Ainda que a morte faça parte do cotidiano de trabalho desses profissionais, persistem as dificuldades em falar sobre o assunto, pois não se acostumam com a finitude da vida (SILVA JUNIOR et al., 2011). Conviver diuturnamente com a morte é fonte de profunda angústia e sofrimento para a equipe, o que pode comprometer o desenvolvimento de atividades rotineiras, como o cuidar e o convívio com pacientes e familiares, já que muitas vezes a equipe sabe de antemão a respeito da pouca perspectiva de um bom prognóstico (SANCHES; CARVALHO, 2009).

A equipe da UTIP está sujeita a reações emocionais adversas, sendo submetida a estes processos de perda e luto contínuos, que, se não forem adequadamente detectados e elaborados poderão desencadear queixas somáticas, estados depressivos, dificuldades pessoais e interpessoais, demissões, desistências e rodízio frequente de pessoal (BALDINI; KREBS, 2011).

Bandeira et al. (2014) afirmam que a falta de um diálogo sobre a morte faz com que os profissionais de saúde sintam-se indecisos, duvidosos e distantes dos pacientes à beira da morte, desta forma prejudicando o cuidado integral ao paciente e sua família, além de muitas vezes comprometer a saúde mental do profissional.

Então, como aqueles que, por força do seu ofício, convivem, lidam e enfrentam a questão da morte? E qual o significado que esta assume para estes profissionais? Segundo Kovács (2003), oferecer um espaço de acolhimento para falar sobre a morte e o morrer pode ser potencialmente gerador de transformações e ressignificações, possibilitando assim que as pessoas envolvidas neste processo sintam segurança para expor opiniões, ouvir e refletir sobre o tema, transformando esse espaço em algo potencialmente humanizador e reflexivo.

Para Coelho e Rodrigues (2009), o cuidar da criança é revestido de peculiaridades, o que aumenta a necessidade de uma profunda reflexão acerca das ações da equipe intensivista. A partir dessa perspectiva, este estudo teve como objetivo a formação de um grupo com o foco de conhecer e refletir a respeito das experiências e percepções de profissionais da saúde com relação à morte em uma UTIP.

## **METODOLOGIA**

### **PARTICIPANTES**

A pesquisa foi realizada na UTI Pediátrica de um Hospital do interior paulista no ano de 2016. A UTIP desta instituição conta com seis leitos, sendo um destinado exclusivamente para pacientes em isolamento total. Na época da coleta, a faixa etária atendida na unidade era de 29 dias de vida até no máximo 14 anos e 11 meses de idade. A equipe da UTIP é dividida em dois turnos e conta com aproximadamente 18 funcionários, entre eles médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e fisioterapeutas que trabalham exclusivamente dentro da unidade de tratamento intensivo. Existem também os profissionais que trabalham no hospital geral e não estão diariamente dentro da UTIP como psicólogos, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e pedagoga hospitalar. Os residentes médicos e multiprofissionais frequentam a UTIP durante todo o programa de residência que consiste em 24 meses.

Participaram da pesquisa seis profissionais da saúde, sendo, um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e três residentes: uma enfermeira, uma médica e uma farmacêutica. Dos seis participantes, cinco eram mulheres sendo apenas um homem, a idade dos participantes variou de 24 até 45 anos. Com relação ao tempo de trabalho, os profissionais tinham de dois a nove anos no cenário da UTIP, o que justificou a participação de três residentes na pesquisa, já que atuavam há dois anos no setor, inseridas na equipe com vistas à integração e trabalho em equipe multiprofissional. Para identificação foi utilizada a letra P, para abreviar a palavra participante, seguida de um número de 1 a 6 para diferenciá-los.



**Tabela 1:** Identificação dos participantes da pesquisa de acordo com sexo, idade e profissão.

| PARTICIPANTES (P) | SEXO | IDADE | PROFISSÃO              |
|-------------------|------|-------|------------------------|
| P1                | F    | 41    | Enfermeira             |
| P2                | F    | 32    | Enfermeira Residente   |
| P3                | F    | 24    | Farmacêutica Residente |
| P4                | F    | 30    | Médica Residente       |
| P5                | F    | 39    | Médica Intensivista    |
| P6                | M    | 45    | Técnico de Enfermagem  |

## INSTRUMENTOS

Foi utilizada para coleta dos dados a abordagem do grupo focal. Segundo Backes et al. (2011), é possível pensar o grupo focal como uma técnica de entrevista em grupo, na qual a interação entre os participantes promove uma ampla problematização acerca de um tema ou foco específico. No processo do grupo focal, os participantes exploram seus pontos de vista a partir de reflexões sobre uma determinada questão com seu próprio vocabulário, elaborando suas próprias perguntas e buscando respostas pertinentes ao tema proposto. Dessa forma, por meio do diálogo e troca entre os participantes, o grupo focal constitui-se em um espaço rico e privilegiado para o alcance de concepções grupais acerca de certa temática, possibilitando o surgimento de novas concepções, assim como a análise e problematização de uma ideia em profundidade (BACKES et al., 2011).

Nesse sentido, o que se busca ao realizar o grupo focal é analisar a interação entre os participantes e como o grupo constrói os significados, diferentemente das entrevistas individuais, na qual o que se investiga com detalhes apenas as narrativas e aspectos individuais (SAMPIERI et al., 2013).

## PROCEDIMENTOS

Para realizar o grupo focal, é necessário que haja um coordenador e um observador no desenvolvimento dos grupos. O coordenador é quem faz as mediações das sessões, apresentando habilidades para lidar com as emoções, obter significados dos participantes em sua própria linguagem e conseguir se aprofundar durante as discussões (SAMPIERI et al., 2013). O observador, por sua vez, colabora com o coordenador na condução do grupo, observa todo o seu desenvolvimento, registrando a dinâmica grupal, além de auxiliar em outras questões, como o controle do tempo e o monitoramento do equipamento de gravação (BACKES et al., 2011).

A condução do grupo também depende de um roteiro de tópicos ou temáticas a serem trabalhadas com os participantes (estruturado, semiestruturado ou aberto), havendo,

também, a possibilidade de se utilizar um material de estímulo, visando introduzir um tema ou incentivar uma discussão (SAMPIERI et al., 2013).

Um último ponto a se destacar se refere ao número de sessões, a quantidade de participantes e as características dos mesmos, os quais deverão ser definidos pelo pesquisador, de acordo com o tema a ser abordado e com os objetivos da pesquisa, mas sendo importante que os integrantes possuam ao menos uma característica em comum (BACKES et al., 2011). Foi formado um Grupo Focal que englobou parte da equipe da UTIP. A coleta dos dados foi realizada em um único encontro, atendendo o propósito da investigação.

Os participantes foram convidados pela pesquisadora, que lhes explicou a finalidade da pesquisa e, após concordarem em participar, lhes foi informado o horário e local em que o grupo aconteceria. Nenhum dos profissionais convidados recusou participar do estudo.

Para iniciar os encontros, após os participantes assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguido das apresentações e explanação da pesquisa, foi desenvolvida uma dinâmica em grupo. O objetivo desta dinâmica foi favorecer a fala espontânea de cada participante, estimular a construção coletiva e favorecer a inclusão de todos. Em seguida, um vídeo, previamente preparado, foi apresentado à Equipe, como material de estímulo para introduzir o assunto e disparar as discussões.

Para sustentar a discussão, um roteiro semiestruturado e previamente elaborado, orientou os pesquisadores para garantir que os principais assuntos fossem discutidos em grupo. O grupo teve duração de uma hora e vinte e seis minutos e foi realizado nas dependências do próprio hospital.

Destaca-se que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob protocolo número 1.723.530 e seguiu todas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

## ANÁLISE DOS DADOS

Neste estudo foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo (DSCs) como referencial metodológico (LEFRÉVE et al., 2009). A técnica do DSC consiste em reunir conteúdos de depoimentos individuais com sentidos semelhantes, construindo discursos únicos redigidos na primeira pessoa do singular, de modo a produzir um efeito de “coletividade falando” (LEFRÉVE et al., 2009).

Desse modo, buscar-se-á identificar as Ideias Centrais (ICs) presentes nos discursos dos participantes e as Expressões Chave (ECHs) que as representam, para a construção de discursos únicos redigidos na primeira pessoa do singular, os quais ilustram os pensamentos, atitudes, concepções e práticas acerca do tema proposto (DUARTE et al., 2009).

---

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das transcrições do grupo focal realizado, foram identificadas as ICs dos discursos dos participantes e suas representações em ECHs, com as quais foram construídos os DSCs. Foram identificadas quatro temáticas, que serão abordadas através de subtópicos, representadas na Tabela 2 de acordo com as respectivas ICs de cada discurso construído.

**Tabela 2:** Distribuição das IC's de acordo as temáticas emergentes na análise dos discursos

| Temáticas  | Ideias centrais da equipe da UTIP (IC)  |
|--|---|
| Compreensão dos profissionais sobre a morte.   | IC1: morte como parte do ciclo vital.<br>IC2: morte como sinônimo de alívio.<br>IC3: morte como assunto complexo.<br>IC4: morte como algo desconhecido.   |
| Capacitação profissional para lidar com a morte na UTIP.                                   | IC5: necessidade e importância da capacitação.<br>IC6: falta de capacitação da equipe.  |
| O Impacto da morte no processo de trabalho   | IC7: impacto da morte na rotina da equipe.<br>IC8: impacto quanto à morte súbita.<br>IC9: impacto quanto à morte de crianças.<br>IC10: impacto frente ao sofrimento da família do paciente.   |
| Tentativas de controle da dor e do sofrimento mobilizados no processo de trabalho na UTIP. | IC11: minimização do sofrimento a partir da rotina profissional.<br>IC12: a vulnerabilidade emocional e o desejo de controle da morte, propiciados pela vivência da parentalidade.<br><br>IC13: distanciamento afetivo como estratégia de alívio do sofrimento diante da realidade da morte.<br>IC14: o uso da religiosidade como forma de lidar com a morte.<br>IC15: tentativa de controlar os pensamentos e sentimentos para o desempenho do trabalho na UTIP. |

---

### COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS SOBRE A MORTE

Para os profissionais entrevistados, a morte foi entendida como algo complexo e de difícil entendimento, como ilustra o discurso: *“é difícil falar de morte com qualquer pessoa, em qualquer lugar. Eu acho que a morte tem um peso que a gente ainda não sabe lidar, a morte ainda é um enigma para a humanidade”* (P2). Foi possível observar que além de ser um tema desconhecido e complexo, os participantes conseguiram atribuir à morte o sentido de alívio, como um acontecimento que frente a situações paliativas de saúde e de grande sofrimento dentro da UTI traz paz e finitude à dor do paciente e de sua família: *“morrer acaba sendo um alívio para a gente da equipe, para o paciente e para a família também, a criança descansa de todo o sofrimento e vai em paz.”* (P3). Também

---

apresentaram a compreensão de que a morte faz parte do ciclo vital e que por mais difícil que seja para o ser humano aceitar tal fato, ele é real e está presente principalmente no dia a dia dos profissionais da saúde, sempre caminhando lado a lado com a vida: *“acredito que a morte é uma passagem, é um processo que todo mundo vai passar, mas a gente não entende mesmo. A morte está o tempo todo junto com a vida, faz parte dela.”* (P1)

Os resultados encontrados referentes a compreensão dos profissionais frente ao tema da morte, vão de encontro com a afirmação de Silva Junior et al. (2011) de que a morte é algo inerente à existência humana e que seu caráter de incerteza e imprevisibilidade compele o ser humano a conviver com a sua presença desde o início ao estágio final do seu desenvolvimento, o que justifica os indivíduos concederem à morte um caleidoscópio de significações e sentidos e, mesmo assim, ainda se sentirem inseguros quanto à compreensão da mesma.

## CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL PARA LIDAR COM A MORTE NA UTIP

Os profissionais levantaram a necessidade e a importância das capacitações para a qualidade do trabalho dentro da UTIP, mas principalmente para a saúde mental dos trabalhadores, que se sentem despreparados e desassistidos ao lidar frequentemente com as situações de perda que compõe sua rotina profissional: *“esse tema da morte deveria ser abordado com olhar mais cuidadoso com a gente, acho extremamente necessário. Porque se a equipe estiver capacitada, pode ajudar a família entender e aceitar esse momento da morte com menos sofrimento”* (P4);

[...] acredito que falta um trabalho com todos os profissionais, médico, enfermeiro, fisioterapeuta, até a moça da limpeza precisa porque quando morre uma criança o leito muitas vezes tem sangue, secreção, elas que limpam, e ninguém nunca parou para perguntar o que elas sentem naquele momento, elas também fazem parte de tudo isso e nunca foram ouvidas, pensei nisso aqui agora, que coisa né? A nutricionista, por exemplo, não é alguém que vive direto na UTIP, mas quando uma criança morre, ela simplesmente para de mandar a dieta desta criança, deve ser estranho pra ela também né? Nós todos precisamos ser ouvidos. (P5)

Os relatos acima reafirmam a importância de valorizar a dimensão emocional da equipe de saúde, destacando que antes de cuidar do outro que está morrendo, é preciso cuidar da emoção dos que cuidam. As reuniões em grupo sistematizadas também auxiliam o profissional a adquirir segurança para agir frente a situações de morte, já que essa troca entre profissionais ajuda a ampliar os conteúdos psíquicos, promovendo discussões de casos entre a equipe multiprofissional na tentativa de somar esforços. Com isto, promover estratégias facilitadoras para despedidas e elaborações das perdas, levará a compreensão destas experiências como instrumento de entendimento de si e do outro. (SILVA JUNIOR et al., 2011).

---

## O IMPACTO DA MORTE NO PROCESSO DE TRABALHO

Para Machado e Merlo (2008) a ocorrência de uma morte na UTIP muitas vezes impede a equipe de dar continuidade à sua rotina de trabalho de forma produtiva assim como relata P6:

Tem aqueles casos mais graves que chocam muito a gente, e quando acontece uma morte dentro da UTIP a equipe toda sofre muito. Com certeza a morte de um paciente impacta o nosso dia a dia, o nosso processo de trabalho, eu já fui até dentro de salas para chorar e depois tenho que voltar para o trabalho, fica muito difícil continuar, a vontade que eu tive era de ir embora de lá. (P6)

Outra questão relevante ao tema foi o impacto da morte súbita e o impacto da morte de crianças, ambos estão intrinsecamente ligados ao inesperado, ao que não se controla. A morte súbita requer rápida reorganização psíquica para lidar com tal situação, assim como a morte de uma criança, pois esta se trata de uma alteração do ciclo normal da vida impondo uma realidade incômoda e muitas vezes inesperada: a de que a morte não tem regras, ela muitas vezes vem sem avisar e leva quem menos esperamos. (SIMÕES, 2011). É possível observar essa situação a partir dos relatos a seguir: *“Quando o paciente morre de repente, me choca mais ainda do que pacientes crônicos que não tem prognóstico”* (P4); *“Quando uma criança que é crônica falece, eu fico triste mas já sei que aquilo ia acontecer....Mas quando morre uma criança de repente, é muito pior, me choca muito”* (P6);

[...] um idoso parece que vai se preparando para se despedir, que coisa né... Eles vão ficando feios, a pele enrugada, começam a urinar na roupa e a cheirar forte, não comem direito, parece que eles vão se preparando para morrer, a criança já é outra história, elas são cheias de vida, todas bonitinhas, com um caminho longo pela frente, é muito difícil se desprender dessa ideia do quanto ainda tinha pra viver (P1).

Beck et al., (2006) abordam em seu estudo a sensação de fracasso e impotência da equipe frente ao sofrimento da família do paciente, fato que também compõe a temática e aparece como fator de desequilíbrio para os profissionais. *“não gosto de contato com a mãe que perdeu a filha, me sinto mal, não consigo ajudar, me sinto impotente... O que você vai falar em uma hora dessas?”* (P3);

[...] acolher os pais é o pior para mim... Nossa como é difícil ver toda aquela situação, aquele sofrimento e não poder fazer nada, você vai fazer o que nessa hora? Você vai falar o que? Não tem o que fazer nem o que falar, não sei como agir (P4).

Para Kovács (2003), a família do paciente muitas vezes busca respostas, querem explicações e conforto frente à morte da criança. A equipe sente a sobrecarga diante de sua rotina de trabalho, além de não se encontrar preparada emocionalmente para lidar com este contexto familiar, assim como os participantes da pesquisa que referem ter dúvidas sobre suas condutas, pois não sabem se estão agindo ou oferecendo o apoio de maneira correta frente ao sofrimento da família.

---

## TENTATIVAS DE CONTROLE DA DOR E DO SOFRIMENTO MOBILIZADOS NO

---

## PROCESSO DE TRABALHO NA UTIP

Segundo Beck et al. (2006), diante da rotina exaustiva, os constantes sentimentos de sofrimento e as grandes responsabilidades contribuem para o afloramento de conflitos e conseqüentemente a necessidade de canalizar tais emoções. Assim, faz-se necessário a utilização de estratégias defensivas a fim de se proteger do elevado nível de sofrimento no trabalho. A partir da análise dos discursos foi possível observar que esses mecanismos defensivos surgem de diferentes formas para aliviar o sofrimento, porém na maioria das vezes o controle aparece como protagonista na tentativa de evitar os sentimentos de impotência e fracasso que são desencadeados frente a situações adversas: *“a gente lida tanto com isso, vira uma rotina que eu realmente estou lidando cada vez melhor, parece que não sinto mais. Eu não fico tão mais emotiva quanto antes”* (P2).

Nessa perspectiva, pode ser percebida a constante banalização do sofrimento da equipe. Beck et al. (2006) ressaltam que essa banalização do sofrimento é uma tentativa ineficaz de sustentar o equilíbrio, já que não ocasiona benefícios duradouros e impede que o profissional expresse sua dor, dificultando o processo de elaboração e comprometendo a capacidade do mesmo em demonstrar empatia pela dor do outro.

Também foi observado que os participantes que já eram pais fizeram uso diversas vezes do olhar parental como ponto de partida para falar da morte, se identificando com as mães e pais que perdem seus filhos e ilustrando como a morte de uma criança é encarada de forma diferente após as suas vivências particulares com relação à maternidade e à paternidade:

[...] depois que eu virei mãe para mim ficou pior, muito pior, eu acho que eu lidava muito melhor com a morte antes do que agora. Então agora quando morre uma criança na UTI é muito difícil, muito penoso, mas ao mesmo tempo a gente sofre com a família, a gente faz o luto lá na hora, imagina se fosse com a gente (P5).

[...] depois dessas situações de perda na UTIP eu hipervalorizo os meus filhos, eu tento sempre compensar nessa parte né, porque as coisas são muito rápidas, em menos de trinta dias a mãe perde um filho, aí depois a outra também perde um filho, então assim, eu não sei o que vai acontecer com os meus né...” (P2).

A partir disso, é possível observar a tentativa dos participantes de controlar a vida e a morte por meio do papel da parentalidade sempre em busca de evitar o sofrimento gerado pela perda. Cherer et al. (2013) observam que a morte dos pacientes, remetendo-se aos filhos dos profissionais, vai ao encontro de fantasias que buscam encontrar nas crianças a imortalidade implícita fantasiosamente na infância, assim como as demais expectativas de controle e superproteção concernentes à parentalidade. Os autores, em seu estudo, afirmam que os profissionais entrevistados expuseram haver mudanças de como vivenciam a morte de crianças após a transição para a parentalidade e conseqüentemente assumem fazer uso de tentativas frenéticas para evitar a morte de uma criança a qualquer custo.

Outra forma de evitar o sofrimento a partir de ações pautadas no controle pode ser ilustrada a partir do que foi chamado de distanciamento afetivo do profissional de saúde

---

para com o paciente, sua família e a equipe da UTIP: “a gente constrói uma redoma, uma defesa para não sofrer também né... acabo pensando que foi um alívio para aquele paciente, que ele não sentiu dor e isso me conforta” (P3); “eu sempre lidei com isso, não deixo me afetar diretamente, se for preciso nem me envolvo muito com aquele paciente e sua história de vida, acaba sendo melhor pra mim sabe?” (P5).

De acordo com Cherer et al. (2013), o sofrimento emergente das situações que envolvem a morte é um elemento não aceitável no contexto da UTIP. O fato de alguns profissionais tentarem não se envolver emocionalmente com o paciente e conseqüentemente com as situações de morte que os envolve, pode representar uma tentativa de apaziguar as repercussões da mesma e conseqüentemente tentar controlar o sofrimento, ou seja, o distanciamento é empregado com o intuito de evitar prejuízos emocionais e psicológicos ao profissional.

A racionalização e a religião/religiosidade são mecanismos que os participantes fazem uso para justificar ou aliviar o sentimento de impotência e fracasso frente à morte, já que muitas vezes esta surge como resposta para aliviar o sofrimento e romantizar o que na verdade continua sendo doloroso e desconhecido: “tudo tem um porque nessa vida, se essa criança passa por isso ou por aquilo, se a criança morreu, a gente tem que fazer o que conseguir aqui, [...] Deus quis assim, tem um porque, então isso me conforta um pouco, senão eu seria muito revoltada” (P4); “eu sou evangélico e sempre peço para que Deus faça o melhor para esse paciente, e nem sempre o melhor pra mim é o melhor pra Deus. Deus sabe de tudo, ele quem escolhe nosso destino, a gente é só instrumento dele.” (P6).

Para Faria e Seidl (2005) diversas pessoas atribuem a Deus o aparecimento ou resolução de problemas de saúde que as acometem, dessa forma se tornam apenas coadjuvantes, já que quem decide o destino de suas vidas é Deus. Ao longo da vida as pessoas se deparam com sofrimentos e desafios, como é o caso de lidar com a morte de modo geral, o que as impulsiona para além de suas próprias capacidades e fantasias de controle, levando-as a fazer uso de crenças religiosas para aceitar de forma menos dolorida a uma situação não desejada e minimizar o sentimento de impotência frente ao sofrimento assim como observamos nos discursos acima.

Mesmo com os estudos existentes e as atuais discussões em torno das questões ligadas à morte, o tema ainda desperta uma gama de sentimentos, de dúvidas e defesas principalmente quando é colocado em pauta, como aconteceu no presente estudo.

Apesar de todos os entraves que envolvem o tema da morte, o grupo focal desenvolvido neste trabalho atendeu aos propósitos da pesquisa, tornando possível principalmente a reflexão e discussão do tema por parte dos participantes, o que gerou resultados que podem fomentar futuras problematizações acerca do tema.

Foi possível observar a dificuldade dos participantes em falar sobre o conceito que cada um atribui ao tema da morte. Muitos permaneceram grande tempo em silêncio, outros mostraram insegurança ao dar algum sentido ou significado para a morte, porém ao decorrer do grupo as representações sobre o assunto se tornaram muito flexíveis

possibilitando a explanação do tema a partir de diversas perspectivas.

Ao longo do estudo foi observado que os profissionais buscam diversas formas para lidar com as situações de morte dentro da UTI. Durante a exploração da ideia central “Tentativas de controle da dor e do sofrimento mobilizados no processo de trabalho na UTIP” foi possível compreender essa dificuldade que a equipe enfrenta ao entrar em contato com situações ligadas a morte e como essas situações mobilizam mecanismos de defesa para tentar minimizar e controlar o sofrimento, a dor e principalmente o sentimento de impotência emergentes das vivências nesse setor.

Um dos aspectos mais marcantes do estudo foi o grande interesse que os participantes demonstraram em ter um espaço para discutir questões relacionadas à morte e seus impactos no processo de trabalho, além do desejo de poder compartilhar também nesse espaço vivências individuais que tinham ressonâncias de caráter coletivo. Os participantes apresentaram expectativa de manutenção deste espaço proposto durante o estudo, na tentativa de ter mais segurança e preparo para lidar com a questão da morte no dia a dia, o que poderia enriquecer e fortalecer a prática na UTIP, além de minimizar os impactos emocionais em toda a equipe.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O preparo da equipe para lidar com a morte, para comunicar e ao mesmo tempo acolher a família, liga-se à importância de se trabalhar o luto e os temores envolvendo a finitude. Durante o grupo, os participantes exploraram suas vivências e experiências com relação à morte de forma rica, tornando possível a reflexão acerca dos comportamentos dos mesmos diante de situações envolvendo a morte, como reagem a elas, como se sentem e até mesmo como gostariam de reagir frente a essas situações. Além de identificar esses comportamentos também foi possível compreender o impacto que as situações ligadas a morte tem na rotina de trabalho da equipe da UTIP e até mesmo em sua vida particular, o que demonstra mais uma vez a necessidade de um espaço para que esses profissionais possam compartilhar, refletir e problematizar os sentimentos e vivências decorrentes da prática na UTIP, possibilitando integrar suas emoções e experiências.

É importante e necessário que o profissional possa aceitar que existe um real sofrimento na vivência hospitalar, realidade, no entanto, que pode ser compartilhada com demais profissionais da equipe e acolhida por estes. Dessa forma, a possibilidade é de que sejam desmistificadas e trabalhadas concepções e fantasias ligadas à dor e ao sofrimento possíveis de serem enfrentadas e elaboradas.

A presente pesquisa pôde contribuir com a literatura, sobre o conhecimento referente à temática da morte, considerando o tema importante ao associar processo de trabalho e sofrimento. Sugere-se enquanto produto, estratégias de gestão do processo de trabalho, oportunizando para estas equipes, momentos organizados e planejados, que tenham como fim a oportunidade de expressão, reflexão e elaboração de suas vivências.



Considerando o trabalho em equipe multiprofissional e sua importância, grupos reflexivos, podem ser uma sugestão, uma vez que apenas a formação do grupo focal, já foi uma potente ferramenta para problematizações.

## REFERÊNCIAS

BACKES, D. S. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. **Rev. Mundo Saúde**, v. 35, n.4, p.438-442, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo\\_focal\\_como\\_tecnica\\_coleta\\_analise\\_dados\\_pesquisa\\_qualitativa.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf). Acesso em: 12 de fev.16

BALDINI, S. M.; KREBS, V.L. J. **Humanização em UTI Pediátrica e Neonatal: estratégias de intervenção junto ao paciente, aos familiares e à equipe**. São Paulo: Atheneu, 2011.

BANDEIRA, D. et al. A morte e o morrer no processo de formação de enfermeiros sob a ótica de docentes de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.23, n.2, p. 400-407, 2014. doi: 10.1590/0104-07072014000660013.

BECK, C. L. C. et al. O Trabalho da Enfermagem em Unidades Críticas e sua Repercussão sobre a Saúde dos Trabalhadores. Esc. Anna Nery. **Rev. Enferm**, v.10, n.2, p.221-227, 2006. doi: 10.1590/S1414-81452006000200008.

CHERER, E.Q. et al. Sofrimento e Libertação: Significações Sobre a Morte na UTI Pediátrica. **Rev. PSICO**, v. 44, n.4, p. 482-489, 2013. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/10982/10840>. Acesso em: 21 de jan. 16.

COELHO, L.P.; RODRIGUES, B.M.R.D. O cuidar da criança na perspectiva da bioética. **Rev. Enferm. UERJ**, v.17, n.2, p. 188-193, 2009. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a08.pdf>>. Acesso em: 09 de jun.16.

DUARTE, S.J.H et al. Opções Teórico- Metodológicas em Pesquisas Qualitativas: Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo. **Rev. Saúde Soc.**, v. 18, n.4, p. 620-626, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n4/06.pdf>>. Acesso em 25 de fev. 16.

FARIA, J.B.; SEIDL, E.M.F. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: **Revisão de literatura. Psicologia: reflexão e crítica**, v. 18, n.3, p. 381-89, 2005. Disponível em: < [http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/6035/1/ARTIGO\\_ReligiosidadeEnfrentamentoContextos.pdf](http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/6035/1/ARTIGO_ReligiosidadeEnfrentamentoContextos.pdf)> Acesso em 13 de mai.16.

LEFÉVRE, F. et al. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto organização. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n.4, p.1193- 1204, 2009. doi: 10.1590/S1413-81232009000400025.

MACHADO, A. G. E.; MERLO, Á. R. C. Cuidadores: seus amores e suas dores. **Psicologia & Sociedade**, v. 20, n.3, p.444-452, 2008. doi: 10.1590/S0102-71822008000300015.

KOVÁCS, M.J. **Educação para morte**: temas e reflexões. (1ª ed.) São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

KOVÁCS, M.J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **O mundo da saúde**, v.34, n.4, p.420-429, 2003. Disponível em: <[https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/79/420.pdf](https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf)> Acesso em: 02 de mai. 16.

POLES, K.; BOUSSO, R. S. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.14,n.2, p. 207-213, 2006. doi: 10.1590/S0104-11692006000200009.

POLES, K. et al. Morte na unidade de terapia intensiva pediátrica: experiência de médicos e enfermeiras. **Rev. de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 03, n.03, p. 761-769, 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/424>.> Acesso em: 12 de abr.16.

SAMPIERI, R.H. et al. **Metodologia de pesquisa** (5ª ed). Porto Alegre: Penso, 2013.

SANCHES, P.G.; CARVALHO, M.D.B. Vivência dos enfermeiros de unidade de terapia intensiva frente à morte e o morrer. **Rev. Gaúcha Enferm**, v. 30, n.2, p.289-296, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3294/6687>> Acesso em: 12 de mai. 2016.

SILVA JUNIOR, F.J.G. et al. Processo de morte e morrer: evidências da literatura científica de Enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n.6, p.1122-1126, 2011. doi: 10.1590/S0034-71672011000600020.

SIMÕES, A. Quando a criança morre. **Acta Pediátrica Portuguesa**, v. 42, n.4, p.149-152, 2011. Disponível em: <<http://actapediatrica.spp.pt/article/view/4242/3145>> Acesso em: 12 de mai.2016.