



RIES

RIES  Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde da UNIAAP

RIES, v. 7, nº2 (16) 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 2 (16) – 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 2. 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), Lara 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.....	9
ESTUDOS INTERDISCIPLINARES EM SAÚDE.....	10
AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM MÃES PARTICIPANTES DO GRUPO DE SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS DE 0 A 6 ANOS, DE UM CENTRO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	11
IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE EXERCÍCIOS FISIOTERAPÊUTICOS PARA REEDUCAÇÃO DO MECANISMO DE CONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES NO ESPAÇO DOMICILIAR.....	24
CONHECIMENTOS, ATITUDES E CRENÇAS DE HOMENS RESIDENTES EM ARAXÁ-MG QUANTO AO CÂNCER DE PRÓSTATA.....	39
AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM.....	51
FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DA LEISHMANIOSE VISCERAL: A TECNOLOGIA COMO ALIADA.....	60
SÍNDROME DE BURNOUT EM DOCENTES UNIVERSITÁRIOS DE INSTITUIÇÕES PRIVADAS.....	70
CONHECIMENTO E ADEÇÃO ÀS PRÁTICAS DE BIOSSEGURANÇA EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA MATERNO INFANTIL.....	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
ANÁLISE DE PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES EM NUTRIÇÃO DA URI- CAMPOS DE FREDERICO WESTPHALEN-RS.....	91
ESTIMATIVA DE VALORES ECONOMIZADOS COM A CESSAÇÃO DO TABAGISMO.....	100
EVIDÊNCIAS DE VULNERABILIDADES IMPLICADAS COM O PROCESSO DE CUIDADO ALIMENTAR NO CONTEXTO DA MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA....	110
UTILIZAÇÃO DE GÁS OZÔNIO NA DESINFECÇÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE.....	125
OS CUIDADOS INTENSIVOS SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.....	140
EVOLUÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM ANEURISMA CEREBRAL INTERNADOS	

EM UM HOSPITAL PÚBLICO	156
ALEITAMENTO MATERNO E PASTORAL DA CRIANÇA: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL	168
OS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE SÃO INTERVENIENTES NO NÍVEL DE ANSIEDADE DE IDOSOS DA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE?.....	181
INTOXICAÇÃO SUBAGUDA AO MANGANÊS EM RATOS Wistar ADULTOS: AVALIAÇÃO DE PARÂMETROS OXIDATIVOS NO SNC E DEPOSIÇÃO DO METAL EM DIFERENTES TECIDOS	193
JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: A OBRIGATORIEDADE DO ESTADO EM FORNECER MEDICAMENTO/TRATAMENTO SEM PREVISÃO NO SISTEMA PÚBLICO, DE ALTO CUSTO OU SEM EFICÁCIA COMPROVADA.....	211
TEORIAS E PRÁTICAS EM ENFERMAGEM.....	222
CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	223
SÍFILIS CONGÊNITA: UMA ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA.....	236
PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DAS ATIVIDADES EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	249
DOR CRÔNICA E PREJUÍZOS NAS ATIVIDADES COTIDIANAS DE IDOSOS.....	262

EDITORIAL

Prezados leitores e leitoras da RIES,

É com imensa satisfação que a Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde incluirá a partir desta edição o DOI – Digital Object Identifier – é a sigla em inglês para Identificador Digital de Objetos. Ele é um código padrão único e exclusivo (composto de números e letras) que possibilita a criação de um link permanente de um documento digital publicado (como uma espécie de CPF do documento).

A partir de 2019 a RIES será publicada trimestralmente, totalizando 4 volumes por ano. Todas estas alterações são para aumentar a visibilidade da revista e disseminar os conhecimentos através dos artigos publicados, impactando no avanço das Ciências relacionado à saúde.

Nesta 2^o Edição de 2018 da RIES, apresentamos 21 artigos divididos em duas sessões do conhecimento: 1) Estudos Interdisciplinares em Saúde e; 2) Teorias e Práticas em Enfermagem.

A RIES gostaria de agradecer aos mais de 20 mil acessos de leitores e leitoras, que nos permite continuar com o trabalho que é árduo e intenso. Além disso, solicitamos que a comunidade científica continue compartilhando com a RIES novas pesquisas para o crescimento e desenvolvimento da Ciência.

Dr. Ricelli Endrigo
Editor-Chefe

**ESTUDOS INTERDISCIPLINARES EM
SAÚDE**

AVALIAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS COMUNS EM MÃES PARTICIPANTES DO GRUPO DE SERVIÇO DE CONVIVÊNCIA E FORTALECIMENTO DE VÍNCULOS DE 0 A 6 ANOS, DE UM CENTRO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL¹

Natália Colombo Ferreira²
Maria Tereza Soratto³

Recebido em: 06 abr. 2017
Aceito em: 12 out. 2018

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo avaliar os transtornos mentais comuns em mães participantes do grupo de Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos de 0 a 6 anos, de um Centro de Assistência Social do município de Criciúma-SC. Pesquisa de abordagem quali-quantitativa, descritiva, exploratória e de campo. Aplicou-se Inventário de Depressão (BDI) e Inventário de Ansiedade (BAI), e posteriormente entrevista semiestruturada com as mães participantes do grupo. A análise dos dados quantitativos foi realizada de acordo com o Inventário proposto por Beck para ansiedade e depressão. A análise da entrevista semiestruturada foi realizada a partir da análise de conteúdo com a categorização dos dados. Os resultados quantitativos apontaram que 80% das mães apresentaram nível mínimo de depressão e 20% nível leve. Em relação à ansiedade 20% das mães apresentaram nível mínimo de ansiedade; 50% nível leve e 30% moderado. Os resultados dos índices de ansiedade e depressão denotam a necessidade de realizar trabalhos voltados para a saúde das mães participantes do grupo de convivência, como encaminhamentos, educação em saúde e como sugerido pelas participantes, palestras voltadas a este tema.

Palavras-chave: Depressão. Ansiedade. Psicoterapia de Grupo.

EVALUATION OF COMMON MENTAL DISORDERS IN MOTHERS SERVICE GROUP OF COEXISTENCE AND STRENGTHENING BONDS OF 0 TO 6 YEARS, A SOCIAL SERVICE CENTRE

ABSTRACT: The present study had the objective of evaluating the common mental disorders in mothers participating in the Service of Coexistence and Strengthening of Links between 0 and 6 years old, of a Social Assistance Center of the city of Criciúma-SC. Qualitative, descriptive, exploratory and field-based research. Depression Inventory (BDI) and Anxiety Inventory (BAI) were applied, and then a semi-structured interview with the mothers participating in the group. Quantitative data analysis was performed according to Beck's Inventory for anxiety and depression. The analysis of the semi-structured interview was carried out from the analysis of content with the

¹ Pós Graduação em Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e Aplicabilidade nas Psicopatologias.

² Psicóloga. Pós Graduada em Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e Aplicabilidade nas Psicopatologias. Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC- Criciúma - SC – Bolsista do Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina - UNIEDU- Brasil. E-mail: natalia@unesc.net.

³ Enfermeira. Mestrado 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.

categorization of the data. The quantitative results indicated that 80% of the mothers had a minimum level of depression and a 20% level of depression. Regarding anxiety, 20% of the mothers had a minimum level of anxiety; 50% light level and 30% moderate. The results of the anxiety and depression indices indicate the need to carry out health-related work of the mothers participating in the coexistence group, such as referrals, health education and, as suggested by the participants, lectures on this theme.

Keywords: Depression. Anxiety. Psychotherapy Group.

INTRODUÇÃO

O aumento da prevalência das perturbações mentais, os seus custos e os efeitos da crise econômica no agravamento deste problema, reforçam a necessidade de intervenção psicológica. A intervenção psicológica proporciona o alívio do sofrimento que a perturbação mental acarreta, além de minimizar um conjunto de consequências sociais e econômicas (CARVALHO, 2014).

A ansiedade e os transtornos depressivos, são consideradas as maiores causas de sofrimento emocional e diminuição da qualidade de vida, são transtornos bastante frequentes, constituindo um problema de grande magnitude para a saúde pública, devido à sua alta morbimortalidade (MINGHELLI et al, 2013).

A ansiedade é uma reação adaptativa do organismo para lidar com situações potencialmente danosas e de ameaça a integridade física e psicológica do indivíduo. Tais reações podem ser exageradas e disfuncionais, levando a desadaptação e ao sofrimento. A Terapia Cognitivo Comportamental tem demonstrado desde o início do século passado uma grande efetividade para o tratamento dos quadros ansiosos(MELO et al, 2014).

Segundo dados do Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5), em níveis elevados e persistentes, a ansiedade pode afetar negativamente a saúde mental e psicológica de um indivíduo(MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 2014).

Essa gama de fatores biopsicossociais relacionados ao transtorno depressivo requer das políticas públicas e conseqüentemente dos serviços de saúde, em todas as suas esferas de complexidade, entendimento que contemple a multidisciplinariedade da doença, não só para diminuição dos estigmas causados pela depressão, mas também para a melhoria da qualidade de vida e para eficácia e efetividade dos tratamentos custeados(WAGNER, 2015).

As ações da assistência social aplicada à proteção social básica destinam-se à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social (BRIZOLA; ZANELLA, 2015). É notório a crescente incidência e prevalência dos transtornos mentais comuns, em especial a ansiedade e a depressão. Tais transtornos contribuem para quebras de vínculos familiares, profissionais e sociais, levando inclusive a um aumento de gastos aos cofres públicos.

Os sintomas de ansiedade podem incluir: preocupações, tensões ou medos exagerados, sensação contínua de que um desastre ou algo ruim vai acontecer, preocupações exageradas com saúde, dinheiro, família ou trabalho, medo exagerado de ser humilhado publicamente, falta de controle sobre pensamentos, imagens ou atitudes que se repetem independente da vontade. Já os sintomas depressivos incluem: humor depressivo ou irritabilidade, desânimo, cansaço fácil, diminuição ou incapacidade de sentir alegria e prazer, sentimentos de medo, insegurança, desesperança, desespero, desamparo e vazio, baixa autoestima, sensação de falta de sentido na vida, inutilidade, ruína, fracasso, doença ou morte. A pessoa pode desejar morrer, ou tentar suicídio, dentre outros (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 2014).

Nesta perspectiva, este estudo teve por objetivo avaliar os transtornos mentais comuns em mães participantes do grupo de Serviço de convivência e fortalecimento de vínculos de 0 a 6 anos, de um Centro de Assistência Social do município de Criciúma - SC.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa de abordagem quali-quantitativa, descritiva, exploratória e de campo. Aplicou-se o Inventário de ansiedade e depressão de Beck com 10 mães participantes do grupo de Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos de 0 a 6 anos, de um Centro de Referência de Assistência Social do município de Criciúma-SC e posteriormente entrevista semiestruturada com as mães.

A análise dos dados quantitativos foi realizada de acordo com o Inventário proposto por Beck para ansiedade (BECK, 1988) e depressão (BECK, 1961). A análise da entrevista semiestruturada foi realizada a partir da análise de conteúdo com a categorização dos dados (MINAYO, 2009).

Na pesquisa utilizou-se um termo de consentimento livre e esclarecido, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à pesquisa. Para preservar o sigilo e o anonimato dos participantes da pesquisa, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 510/2016 (BRASIL, 2016) utilizou-se indicador alfanumérico (M de Mãe - M1 a M10). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC pelo Projeto nº 1.785.850/2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação a idade, as mães possuem de 16 a 45 anos; os estados civis assemelham-se na quantidade para solteiras e casadas; o número de filhos variou de 1 a 6, porém predomina as mães que possuem 2 filhos; quanto a renda familiar, esta diversifica entre as que não possuem renda, às que possuem até um salário mínimo e meio por família. Vale ressaltar que o número de filhos não equivale ao número de pessoas que residem na casa.

Estudos epidemiológicos deixam evidente que os transtornos mentais se expressam de maneira diferente entre os gêneros, e que a depressão é reconhecida como um problema de saúde importante para as mulheres, sobretudo pela alta prevalência (MARTIN et al, 2012).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (2014), o transtorno depressivo pode surgir em qualquer idade, porém as chances aumentam com o início da puberdade.

Perfil das Mães participantes do Grupo

Mães	Idade	Estado Civil	Nº Filhos	Renda Familiar R\$
M1	38	Solteira	2	550,00
M2	45	Divorciada	6	154,00
M3	26	Solteira	2	0,00
M4	23	Casada	2	880,00
M5	24	Casada	3	800,00
M6	28	Solteira	5	1.000,00
M7	23	Amasiada	1	880,00
M8	21	Casada	2	1.300,00
M9	26	Casada	3	1.200,00
M10	16	Solteira	1	0,00

Fonte: dados da pesquisa, 2016.

Nos resultados da pesquisa 80% das mães apresentaram nível mínimo de depressão (M1; M2; M3; M4; M6; M7; M9; M10) e 20 % nível leve (M5; M8).

Em relação à ansiedade 20 % das mães apresentaram nível mínimo de ansiedade (M6; M8); 50% nível leve (M1; M2; M3; M7, M10) e 30% moderado (M4; M5; M9).

Segundo Santos et al (2015) as relações entre saúde, doença mental e vulnerabilidade social exigem uma série de questões para serem compreendidas de forma que não reproduzam o preconceito que a população menos favorecida acaba sofrendo. Ao mesmo tempo, problematizar esta questão pode nos direcionar para boas práticas na área de saúde mental.

Entende-se que há carências de várias ordens, como a dificuldade do acesso a informação, que trazem vulnerabilidade aos indivíduos que implicam no sofrimento mental. Nesse contexto surge a importância da escuta, como um instrumento que estabelece uma ponte entre o sujeito em sofrimento e o seu contexto de vida. Mas por outro lado, o trabalho se torna difícil, diante da complexidade das questões que cercam a “pobreza”. No trabalho com essa população, a intervenção colabora para um nível de funcionamento mais sadio dentro de seu contexto. A Psicologia pode através do processo psicodiagnóstico, por exemplo, contribuir com a saúde mental e/ou com a promoção da saúde dos sujeitos que se encontram em vulnerabilidade social (SANTOS et al, 2015).

Os resultados dos índices de ansiedade e depressão denotam a necessidade de realizar trabalhos voltados para a saúde das mães participantes do grupo de convivência.

Qual o motivo de você estar participando do grupo?

O motivo para participação do grupo do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos de 0 a 6 anos, segundo a pesquisa está relacionado a satisfação de participar do grupo; bem como amizade; interação; distração e aprendizado:

M1 – “Aprender”.

M2–“Porque gosto e me sinto bem e gosto das pessoas que eu falo”.

M3–“Fazer amizade conversar, distração”.

M4–“Eu gosto”.

M5–“Sair de casa, aprender. Conhecer pessoas”.

M6–“Sair de casa, interagir”.

M7 –“Me faz bem”.

M8–“Porque eu gosto”.

M9–“Porque eu gosto muito de participar e aprender bastante coisa com as outras mães”.

M10–“Porque eu gosto”.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica - Saúde Mental (BRASIL, 2013), o processo grupal, desde que bem estruturado permite uma importante troca de experiências e transformações, diferentemente de atendimentos individualizados devido à singularidade dos participantes, à diversidade, a trocas de conhecimentos e possíveis identificações que apenas em um grupo, torna-se possível.

O grupo deve ser proposto de tal modo a permitir que seus integrantes tenham voz, espaço e corpos presentes; se sintam verdadeiramente como integrantes ativos de um grupo. Não há participação verdadeiramente ativa em um grupo sem que os sujeitos que se colocam tenham condição de ser ouvidos em suas demandas, para depois poder ouvir e colaborar com a demanda alheia e proposta geral; constituindo, somente a partir daí, um verdadeiro sentimento de pertencimento grupal (BRASIL, 2013. p.123).

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BRASIL, 2016), cita que além do enfrentamento das vulnerabilidades e riscos sociais, o papel dos grupos no Centro de Referência de Assistência Social, é o de auxiliar no fortalecimento e desenvolvimento de potencialidades, partindo do pressuposto de que ninguém está desprovido de tudo: uma família que está sobrevivendo na vulnerabilidade provém ativos importantes. As ações coletivas visam promover o diálogo, a troca de experiências e valores, assim como desenvolver o seu sentimento de pertença e de identidade, e também a discussão de situações externas que afetam a família e a comunidade.

Na sua opinião, quais os fatores relacionados a sua ansiedade e/ou depressão?

Os fatores relacionados a ansiedade e/ou depressão das mães está associado a preocupação antecipação com o futuro e, bem como os sintomas da ansiedade:

M4 – “Quando fico preocupada com algo”.

M3 – “Abafamento”.

M6 – “Preocupação com o futuro, antecipação”.

M7 – “Sou bem ansiosa com tudo”.

A ansiedade é uma emoção ou estado de humor negativo caracterizada por apreensão e preocupação antecipada quanto ao futuro que produz alterações em níveis distintos nos indivíduos (RÉGIS et al, 2016).

Os transtornos de ansiedade apresentam alta prevalência na população sendo os mais comuns entre os transtornos psiquiátricos. A ansiedade é uma reação normal do ser humano diante de situações de medo ou apreensão, entretanto quando excede o limite da normalidade pode resultar em grande sofrimento e importante comprometimento funcional para o indivíduo. Os transtornos de ansiedade são caracterizados pelo principal sintoma o estado afetivo comprometido. (CORCHS et al, 2013).

As sensações e desgostos provenientes da ansiedade são caracterizadas por: sintomas fisiológicos como aumento da frequência cardíaca, sudorese, tremores e desmaio; sintomas afetivos como impaciência, frustração, nervosismo e irritabilidade; sintomas cognitivos como falta de concentração, hipervigilância para ameaça, memória deficiente, distorções cognitivas e medo; sintomas comportamentais como fuga, esquiva, agitação, busca de segurança e dificuldade para falar (MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS, 2014).

Ressalta-se o relato da mãe 2, que acredita que a depressão e a ansiedade são consideradas um problema que aflige muitas pessoas, mas que, porém, ainda existe muito preconceito vinculado a estes problemas:

M2 – “Para mim é um problema muito comum, mas tem pessoas que não acredita”.

Mesmo a depressão sendo um quadro que pode apresentar risco de morte, nos dias atuais ela ainda é banalizada e negligenciada. Um documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) aponta que algumas concepções erradas sobre a depressão podem atrapalhar seu diagnóstico e inclusive o tratamento.

A mãe 5 relacionou as questões vinculadas as dificuldades financeiras e de relacionamento; além de problemas de saúde, como fatores causais da ansiedade e depressão:

M5 – “Dinheiro, brigas, saúde”.

As mães M1; M8; M9; M10 não responderam.

Ballone, Guimarães e Souza (2013) trazem à luz a consideração de que a ansiedade faz parte da existência humana, a vida moderna tem sido regida pela ansiedade e é caracterizada pela agitação, estresse, competitividade, consumismo e inversões de valores. Para ser considerada patológica, a ansiedade precisa estar em alta frequência, intensidade e duração das manifestações e também desproporcional em relação ao

estímulo, prejudicando o indivíduo nas atividades de vida diária e qualidade de vida. Considerando as evidências apontadas pelos autores, identifica-se que os transtornos ansiosos são mais frequentes em mulheres e que a prevalência na população em geral estima-se entre 2 e 4,7%.

Um importante fator protetor para o sofrimento mental é a presença e a qualidade das relações que possuímos com pessoas próximas. São pessoas que podem nos oferecer apoio emocional, escuta, validação dos sentimentos, apoio material ou apoio para buscar recursos que ajudem a resolver os problemas, desde a indicação de onde posso buscar tratamento até uma oportunidade de emprego, informação. É a percepção de que se pode contar com esse apoio social que exerce um fator protetor, principalmente contra a persistência do sofrimento mental mais intenso (BRASIL, 2013).

O que você faz para cuidar da sua saúde mental?

O cuidado da saúde mental das mães é realizado com atividades físicas e de lazer, além da qualidade do sono e repouso:

M1–“*Procuro dormir bem*”.

M3–“*Coisas boas*”.

M5–“*Tento me divertir sair de casa*”.

M6–“*Exercício físico*”.

M7–“*Ultimamente quase nada, só bordo às vezes*”.

A importância da espiritualidade para uma melhor saúde mental foi relatado pelas mães:

M4–“*Vou à igreja*”.

M8–“*Vou à igreja*”.

M9–“*Penso sempre nos meus filhos e coloco Deus na frente de tudo*”.

M10–“*Ir para igreja*”.

Koenig (2012) corrobora que indicadores de boa saúde mental podem surgir de uma espiritualidade praticada com devoção. A partir de crenças e práticas religiosas esses indivíduos têm níveis significativamente maiores de satisfação com a vida, autoestima e otimismo, sendo mais propensos a redimensionar seus valores e ressignificar o sentido da existência. Alves (2015) acredita que a religiosidade e a espiritualidade são importantes dimensões da vida humana pois desempenham uma importante função no equilíbrio das funções psíquicas.

O autor ainda aponta seis áreas da saúde humana que são afetadas pelo envolvimento religioso/espiritual. São elas: saúde mental, funções imunológicas e endócrinas, função cardiovascular, estresse e doenças relacionadas a comportamento, mortalidade e deficiência física (KOENIG, 2012).

A importância do grupo de convivência para a manutenção da saúde mental foi ressaltada pela mãe 2: **M2** – “*Eu vou nos grupos que tem no CRAS*”.

O que você acha que poderia fazer para melhorar sua saúde mental?

Para a melhora da saúde mental das mães é necessário um acompanhamento mais efetivo da família de forma multidisciplinar:

M2–“*Mais acompanhamento da família e também do médico*”.

M5 –“*Melhorar a saúde, fazer acompanhamento profissional*”.

Segundo o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o acompanhamento familiar consiste em um conjunto de intervenções, desenvolvidas de forma continuada, a partir de compromissos firmados entre famílias e profissionais, com objetivos a serem alcançados, realização de mediações periódicas, a inserção em ações do CRAS, buscando a superação das vulnerabilidades vivenciadas (BRASIL, 2016).

A mães M3 e M9 consideram que a fé pode proporcionar uma melhoria na saúde mental:

M3–“*Somente para Deus abençoar mais*”.

M9 –“*Buscar mais a Deus*”.

Consta no caderno de Orientações do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a importância de que as práticas religiosas não sejam inseridas na execução dos serviços socioassistenciais, garantindo a laicidade na oferta dos serviços. Ou seja, o método do trabalho com as famílias não pode basear-se em práticas religiosas, por desrespeitar a liberdade religiosa dos sujeitos e causar perdas na dimensão ética do serviço. Inclusive, a diversidade religiosa pode ser uma questão importante a ser discutida nas ações dos serviços (BRASIL, 2016).

Porém, o Caderno de Atenção Básica – Saúde Mental, cita que quase toda pessoa tem uma dimensão transcendente, que se manifesta na vida diária com valores que podem ou não ter a ver com religião. Esta dimensão faz com que a pessoa se sinta como parte de algo atemporal e ilimitado, maior que sua vida comum, pode ser esta crença Deus, a história, a pátria ou qualquer coisa que ocupe esse lugar na vida de um indivíduo (BRASIL, 2013).

O ser humano possui um sistema complexo de crenças, valores, percepções, sentimentos, características pessoais e necessidades próprias. Nesse sistema de crenças se encontram uma variedade de simbologias, ritos e mitos que o satisfaz individualmente ou em grupos. A religiosidade e a espiritualidade constituem-se em influentes fatores de apoio para enfrentar frustrações, desafios e sofrimentos, além de dar considerável suporte à saúde, sobretudo, a saúde mental (ALVES, 2015).

Segundo Koenig (2012) o suporte social alivia os efeitos do estresse psicológico, da depressão e de outros distúrbios emocionais. Comportamentos altruístas foram

associados à melhor saúde mental, e maior bem-estar bem como satisfação com a vida.

A continuidade do autocuidado se faz necessário para manter a saúde mental, segundo o relato da mãe 4: **M4** – “*Continuar me cuidando*”.

Para a mãe 6 o lazer também contribui para a melhora da saúde mental: **M6** – “*Mais atividades extras*”.

A busca pela profissionalização foi citada pela Mãe 7: **M7** – “*Trabalhar fora*”.

As mães **M1**; **M8**; **M10** não responderam.

É comum ocorrerem nos transtornos mentais, alterações e instabilidade no estado de ânimo, na autoestima, no autocuidado e na vida das pessoas, por isso o cuidado com a saúde mental deve proporcionar autonomia e independência para minimizar as incapacidades, reduzir sofrimento e potencializar habilidades. Uma estratégia que contribui para essa melhora é a educação em saúde que permite a expressão de sentimentos e de respeito à subjetividade, bem como o aprofundamento das discussões referentes à saúde e proporciona aos participantes a descoberta de estratégias para o enfrentamento de dificuldades e a convivência com sua condição de saúde. Por isso a importância de serem orientadas e estimuladas a desenvolver o autocuidado, já que nos momentos de crise ou de vivência do curso crônico da doença podem não conseguir voltar a atenção para o seu cuidado, tornando-se dependentes dos cuidados da equipe multiprofissional ou dos familiares (FINK et al, 2013).

Já o trabalho tem sido visto não somente como forma de obter a renda, mas também como atividade que proporciona realização pessoal, status social e possibilidade de estabelecer e manter contatos interpessoais, entre outros. O significado do trabalho reflete, na ordem, na centralidade do trabalho, nos objetivos e resultados valorizados e, por último, nas normas sociais (KUBO et al, 2012).

A inserção das pessoas no mundo do trabalho também está relacionada ao sofrimento mental. O desemprego aumenta a vulnerabilidade e o sofrimento mental, e a vulnerabilidade das mulheres ao sofrimento mental comum é ainda maior entre as que se identificam como negras e pardas e entre aquelas com menor renda (BRASIL, 2013).

Qual sua sugestão para o grupo trabalhar a ansiedade e depressão?

A necessidade de palestras com a incorporação de dinâmicas de grupo; diálogo; contato com o ambiente externo; inclusão de atividades físicas no grupo; realização de encaminhamentos para o tratamento; além do fortalecimento da união das mães foi sugerido nos relatos:

M2 – “*Palestras e encaminhamento*”.

M3 – “*Dinâmicas, conversa*”.

M4 – “*Palestras*”.

M5 – “*Palestras, acompanhamentos, remédios*”.

M7 – “Sair da sala, ir pra rua, fazer dinâmicas lá fora”.

M10 – “Palestras”.

M1 – “Ter mais ocupações em atividades físicas”.

M7 – “Mais união”.

As mães **M6** e **M9** não responderam.

De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, os grupos têm o objetivo de proporcionar aos usuários oportunidades para a escuta; valorização e reconhecimento do outro; produção coletiva; diálogo para a resolução de conflitos e divergências; reconhecimento de limites e possibilidades das situações vividas; experiências de escolha e decisão coletivas; exercício de escolhas; tomada de decisões sobre a própria vida e do grupo; experiências de aprendizado e ensino de igual para igual; experiências de reconhecimento e nomeação de emoções nas situações vividas; experiências de reconhecimento e admiração das diferenças; dentre outras (BRASIL, 2016).

Análises de custo-efetividade apontam que a terapia cognitivo comportamental é tão efetiva, a curto prazo, como a terapêutica farmacológica para a depressão, ansiedade e outras perturbações mentais (CARVALHO, 2014). Este recurso de terapia baseia-se na reinterpretação dos elementos que geram emoção negativa, partindo do princípio que não é uma situação que determina as emoções e comportamentos de um indivíduo, mas sim a configuração cognitiva de interpretação destes dados. Sugere um olhar sobre a depressão e a ansiedade que permite reorientar o modo como este sujeito percebe o ambiente externo e empodera este indivíduo de maneira que possa aos poucos identificar seus estressores e dominar as interpretações errôneas acerca do momento seguinte à suas reações (BORGES, 2015).

É apontada como tratamento de primeira escolha nos transtornos de ansiedade e depressivos, sua eficácia tem sido estabelecida de forma consistente e o uso clínico tem se consagrado pela sua efetividade. Além disso, o tratamento com a TCC tende a minimizar os prejuízos, bem como adequar a um convívio melhor; produzindo melhora clínica geral; é de ação rápida e tem curta duração, além de se mostrar eficaz na prevenção de recaídas (COIMBRA et al, 2013).

O princípio básico desta terapia é que as respostas emocionais e comportamentais são influenciadas pelo pensamento, ou seja, a forma como processamos as situações vivenciadas, pelas interpretações ou pelo significado que atribuímos, podem afetar a emoção e o comportamento (CARVALHO, 2014). Portanto, alterando-se as estruturas cognitivas, é possível modificar também as emoções e comportamentos (MELO et al, 2014).

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo somente à cura de doenças, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas (BRASIL, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dos índices de ansiedade e depressão revelam a necessidade de realizar trabalhos voltados para a saúde das mães participantes do grupo. A educação em saúde auxilia na redução de sintomas (preocupação, abafamento, etc.), e sugere estratégias para o enfrentamento de dificuldades, bem como a desenvolver o autocuidado, e conseqüentemente a prevenção de transtornos mentais e outras condições de saúde.

Já com relação ao motivo para participação do grupo do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos de 0 a 6 anos, segundo a pesquisa está relacionado a satisfação de participar do grupo; bem como amizade; interação; distração e aprendizado, o que também contribui para o cuidado da saúde mental,

O sofrimento mental comum é o resultado do conjunto, do impacto emocional na vida da pessoa, da sua condição social, do seu temperamento, da sua história de vida e da sua rede de apoio.

Os resultados da pesquisa serão compartilhados com o local de estudo, e as mães que apresentaram alterações nos testes serão encaminhadas para acompanhamento em uma Unidade de Saúde, bem como dar continuidade ao acompanhamento no Centro de Referência de Assistência Social.

REFERÊNCIAS

ALVES, Daniel Gonçalves. O Desenvolvimento Religioso e Espiritual e a Saúde Mental: discutindo alguns de seus significados. **Conexões PSI**, v. 3, n. 1, p. 72-100, 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992p.

BALLONE, José Geraldo; GUIMARÃES, Liliãna A. M.; SOUZA, José Carlos. **Psicopatologia e Psiquiatria Básicas**. 2 ed. São Paulo: Vetor, 2013.

BECK, AT et al. An inventory for measuring depression. **ArchGenPsychiatry**;v.4, p.561-71, 1961.

BECK, AT et al. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**.; v.56, p.893-7, 1988.

BORGES, Agamenon Martins. **Transtornos de Ansiedade: Uma Abordagem Cognitivo Comportamental dos Diagnósticos e Tratamento**. 2015. 34 f. Especialização (Monografia Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – II CESMAD) – Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção do suicídio: Manual dirigido a profissionais da saúde da atenção básica**. Campinas: Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Unicamp, 2009.

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 30 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Caderno De Orientações Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos Articulação necessária na Proteção Social Básica.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social, 2016.

BRIZOLA, Ana Lídia Campos; ZANELLA, Andrea Vieira. **Distintas faces da questão social: desafios para a Psicologia.** Florianópolis: ABRAPSO: Edições do Bosque/CFH/UFSC, 2015.

CARVALHO, Sílvia. Psicoterapia e Medicina Geral e Familiar: o potencial da terapia cognitivo comportamental. **Rev.Port.Med Geral Fam**, Lisboa , v. 30, n. 6, p. 406-409, dez. 2014 . Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732014000600010&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 19 ago. 2016

COIMBRA, Maria Pia et al. Terapia cognitivo-comportamental em cefaleia crônica. **RBM rev. bras. med**, v. 70, n. 11, 2013.

CORCHS, Felipe D'Alessandro et al. **Curso de capacitação em saúde mental: módulo 3: clínica na Atenção Psicossocial.** São Luís, 2013.

FINK, Nathalia Belineli et al. Educação em saúde na prática assistencial de enfermagem em saúde mental: relato de experiência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 415-419, 2013.

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde: um encontro da ciência e da espiritualidade.** Porto Alegre: L&PM, 2012.

KUBO, Sergio Hideo et al. Análise de fatores associados ao significado do trabalho. **Revista de Administração (São Paulo)**, v. 47, n. 4, p. 540-554, 2012.

MARTIN, Denise et al. Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, n. 43, p. 885-899, 2012.

MELO, Wilson Vieira et al. **Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva** . Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 108 p.

MINGHELLI, Beatriz et al Compariso no flevelsofanxietyand depression amongactiveandsedentaryelderly. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 40, n. 2, p. 71-76, 2013.

RÉGIS, Bianca Nunes et al. Ansiedade, depressão e doença cardiovascular em jovens

adultos: uma revisão da literatura. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 4, n. 1, p. p. 91-100, 2016.

SANTOS, JCRF et al. Saude Mental X Vulnerabilidade Social: uma intervenção com moradores da Tamarindo. **Humanas Sociais & Aplicadas**, v. 5, n. 14, 2015.

WAGNER, Gabriela Arantes. Tratamento de depressão no idoso além do cloridrato de fluoxetina. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, p. 1-4, 2015.

IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA INDIVIDUALIZADO DE EXERCÍCIOS FISIOTERAPÊUTICOS PARA REEDUCAÇÃO DO MECANISMO DE CONTINÊNCIA URINÁRIA EM MULHERES NO ESPAÇO DOMICILIAR

Marzane Bolzan Morais de Oliveira¹
Evelise Moraes Berlezi²

Recebido em: 02 jan. 2018
Aceito em: 24 nov. 2018

RESUMO: **Introdução:** De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia, o tratamento conservador, através de técnicas fisioterapêuticas, é considerado o tratamento de primeira escolha para IUE. Tradicionalmente o tratamento é realizado na clínica com a supervisão direta do fisioterapeuta, porém é preciso considerar que o desenvolvimento de protocolos que possam ser executados no espaço domiciliar propiciaria uma alternativa de tratamento e cuidado continuado na busca da resolutividade. Para o sucesso do tratamento é necessário encontrar uma metodologia que estabeleça a relação terapeuta-paciente para o estímulo contínuo ao tratamento, possibilitando ao terapeuta acompanhar a execução e evolução da prescrição com vista à efetividade e resolutividade do tratamento. **Objetivos:** Implementar um protocolo de cuidado continuado no tratamento da incontinência urinária de esforço executado no espaço domiciliar sob supervisão e avaliação do fisioterapeuta. **Métodos:** Os sujeitos elegíveis para o estudo foram mulheres com idade igual ou superior a 20 anos com diagnóstico funcional de incontinência urinária de esforço. O estudo foi desenvolvido na clínica-escola da Universidade do Alto Uruguai e das Missões - URI São Luiz Gonzaga. Para a seleção da amostra consideraram-se como critérios de inclusão o diagnóstico urofuncional de incontinência urinária e a adesão ao protocolo de intervenção, constituído pelo treinamento dos músculos do assoalho pélvico e ginástica hipopressiva executados durante 12 semanas, com supervisão e acompanhamento sistemático pelo fisioterapeuta. A avaliação foi realizada pré e pós-intervenção e constituiu-se em anamnese e avaliação funcional da musculatura do assoalho pélvico. **Resultados:** A amostra foi constituída por nove mulheres. Após a execução do programa proposto, houve incremento da força muscular do assoalho pélvico e aumento da pressão perineal; 78% reestabeleceram o mecanismo de continência urinária e duas mulheres, 22%, reduziram a gravidade da IU. **Conclusões:** Os resultados do estudo evidenciam que o programa de exercícios individualizado executado no espaço domiciliar, sob supervisão e avaliação sistemática do fisioterapeuta, é eficiente e reproduzível para o tratamento da incontinência urinária de esforço. **Palavras-chave:** Incontinência urinária. Programa de exercícios domiciliares. Adesão ao tratamento.

IMPLEMENTATION OF AN INDIVIDUALIZED PROGRAM OF PHYSIOTHERAPEUTIC

¹ Fisioterapeuta, discente do Programa de Pós Graduação stricto sensu em Atenção Integral à Saúde da Universidade de Cruz Alta em associação ampla com a Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. E-mail: marzane.oliveira@yahoo.com.br.

² Fisioterapeuta, Doutora, docente da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul.

EXERCISES FOR REEDUCATION URINARY CONTINENCE MECHANISM IN WOMEN IN THE DOMICILIAN SPACE

ABSTRACT: Introduction: According to Brazilian Urology Society (Sociedade Brasileira de Urologia) the conservative treatment is considered the main one for the female urinary incontinence treatment. Traditionally, the treatment is performed at a clinic under the supervision of a physiotherapist, but it is also necessary to consider that the development of protocols that can be executed in a household environment would allow an alternative of treatment and continuous care in the search for problem-solving. For the treatment success it is necessary to find a methodology that establishes the relationship therapist-patient to the continuous stimulation to the treatment, enabling the therapist to monitor the execution and evolution of the prescription aiming the effectiveness and result of the treatment. **Objectives:** to implement a continuous care protocol in the stress urinary incontinence treatment performed in the household environment under the supervision and evaluation of a physiotherapist. **Methods:** the eligible subjects for the study were women of age 20 or higher with functional diagnosis of stress urinary incontinence. The study was developed at the school clinic of Universidade do Alto Uruguai e das Missões - URI São Luiz Gonzaga. For the sample selection were considered as inclusion criterias the urofunctional diagnosis of urinary incontinence and admission to the intervention protocol, constituted by pelvic floor muscles training and hypopressive gymnastic executed during 12 weeks, with systematic supervision and monitoring by the physiotherapist. The evaluation was performed pre and post-intervention and was constituted by anamnesis and functional evaluation of the pelvic floor muscles. **Results:** the sample was formed by nine women. After the execution of the proposed program, there was an increase in the pelvic floor muscular strength and in the perineal pressure; 78% reestablished the urinary incontinence mechanism and two women 22% reduced the gravity of urinary incontinence. **Conclusions:** the results of the study show that the individualized exercises program, executed in household environment, under supervision and systematic evaluation from the physiotherapist, is efficient and repeatable for the stress urinary incontinence treatment. **Keywords:** Urinary incontinence. Household exercises program. Admission to the treatment.

INTRODUÇÃO

A incontinência urinária (IU) pode ser descrita como a perda de urina em locais e situações inadequados, causando alterações sociais, emocionais e psicológicas de acordo com a Sociedade Internacional de Incontinência (GRIFFI, 2005). Considerada um dos problemas de saúde pública mais comum entre as mulheres, afeta principalmente mulheres no período da pós-menopausa, porém pode ocorrer em qualquer fase da vida (PEREIRA; ECOBAR; DRIUSSO, 2012).

A estimativa da Sociedade Brasileira de Urologia (2003) é que uma em cada 25 pessoas desenvolvem IU e 40% das mulheres começam a perder urina de forma involuntária após a menopausa. Esses dados ratificam que a IU é um problema de saúde pública.

Para a Sociedade Brasileira de Urologia (2003), o tratamento conservador, através de técnicas fisioterapêuticas, é considerado o tratamento de primeira escolha para IUE. Entre os recursos terapêuticos utilizados, podemos destacar a cinesioterapia, através do treinamento dos músculos do assoalho pélvico (TMAP), exercícios de Kegel e ginástica hipopressiva (GH).

Apesar de hoje a fisioterapia ter múltiplas possibilidades de tratamento, o exercício terapêutico é o mais indicado e com evidências científicas de sua resolutividade. Embora tradicionalmente o tratamento seja realizado na clínica com a supervisão direta do fisioterapeuta, é preciso considerar que essa é uma condição que atinge um grande número de mulheres e que o desenvolvimento de protocolos que possam ser executados no espaço domiciliar propiciaria uma alternativa de tratamento e cuidado continuado na busca da resolutividade. Ainda, protocolo de tratamento dessa natureza poderia ser adotado pelas equipes do Núcleo de apoio matricial da Estratégia da Saúde da Família (NASF) pelo potencial de acompanhamento de um maior número de pacientes.

Contudo, pensar em um protocolo de tratamento para execução no espaço domiciliar requer encontrar uma metodologia que estabeleça a relação terapeuta-paciente para o estímulo contínuo ao tratamento, bem como uma metodologia que dê segurança ao paciente e possibilite ao terapeuta acompanhar a execução e evolução da prescrição com vista à efetividade e resolutividade do tratamento.

Nesse contexto, esse estudo tem como objetivo implementar um protocolo de cuidado continuado no tratamento da incontinência urinária de esforço, executado no espaço domiciliar, sob supervisão e avaliação do fisioterapeuta.

MATERIAIS E MÉTODOS

Os sujeitos elegíveis para o estudo foram mulheres com idade igual ou superior a 20 anos com diagnóstico funcional de incontinência urinária de esforço (IUE). O estudo foi desenvolvido na clínica-escola da Universidade do Alto Uruguai e das Missões - URI São Luiz Gonzaga.

Para a captação das mulheres participantes, a pesquisadora realizou visitas aos médicos ginecologistas, urologista e equipes de saúde das unidades básicas, para que os mesmos realizassem o encaminhamento das mulheres que durante a consulta médica ou de enfermagem relataram perda de urina, para que seja realizada a avaliação funcional.

A captação das participantes ocorreu no período de maio a julho de 2017. O tempo de tratamento foi de 12 semanas. Foram incluídas no estudo as mulheres que apresentaram diagnóstico urofuncional de IUE, aderiram ao protocolo de intervenção e realizaram o acompanhamento fisioterapêutico quinzenal. Foram captadas 10 mulheres e, dessas, 9 executaram o protocolo.

Foram excluídas as mulheres: com IU de urgência e IU mista, classificadas a partir

da anamnese realizada na primeira avaliação; com alterações cognitivas que dificultassem o entendimento e a realização dos exercícios do assoalho pélvico; com infecções urinárias; com lesões na região perineal; que estivessem realizando tratamento fisioterapêutico para IU; com história de algum tipo de cirurgia uroginecológica em qualquer período da vida; que apresentassem doenças crônicas degenerativas que podem afetar os tecidos muscular e nervoso; que apresentassem qualquer grau de prolapso; e as gestantes.

A avaliação da funcionalidade do assoalho pélvico foi realizada a partir da anamnese e avaliação urofuncional (avaliação abdominal, avaliação perineal e avaliação da pressão perineal) (Apêndice II).

Para o estudo foi aplicado um questionário semi-estruturado com questões referentes aos dados sociodemográficos, cirúrgicos, de disfunção e desordens da região perineal, identificação e caracterização da perda de urina. As avaliações foram realizadas na Clínica-escola de Fisioterapia da URI - São Luiz Gonzaga; e cada mulher teve seu horário pré-agendado.

A avaliação abdominal foi realizada através da inspeção de cicatrizes, padrão respiratório, palpação para identificar algias, flatus, impactação fecal, tônus diafragmático e abdominal e teste da tosse (CHIARAPA et al., 2007).

A avaliação perineal realizou-se através da inspeção do óstio da vagina, distância ânus-vulva, pregas anais e presença de matéria fecal, tônus, reflexos perineais, presença de prolapso, sinergias e avaliação da força perineal (MORENO, 2004).

A avaliação da força muscular do assoalho pélvico foi realizada através da palpação digital, pela visualização da contração desta musculatura e da percepção tátil à palpação digital vaginal, durante esta contração; utilizando a escala de Oxford modificada para a graduação da força (LAYCOCK; JERWOOD, 2001). Para a realização do exame a paciente foi colocada na posição ginecológica e orientada a contrair os músculos perineais e, depois, repetir a contração muscular com os dedos indicador e médio do examinador introduzidos na vagina.

A graduação subjetiva da força muscular do assoalho pélvico respeita os seguintes parâmetros: Grau 0 - sem contração perineal visível, nem à palpação (ausência de contração); Grau 1 - sem contração perineal visível, contração reconhecível somente à palpação; Grau 2 - contração perineal fraca, contração fraca à palpação; Grau 3 - contração perineal presente e resistência não opositora à palpação; Grau 4 - contração perineal presente e resistência opositora não mantida mais do que cinco segundos à palpação; Grau 5 - contração perineal presente e resistência opositora mantida mais do que cinco segundos à palpação (LAYCOCK; JERWOOD, 2001).

A Avaliação da Pressão Perineal foi realizada através da mensuração da pressão perineal em milímetros de mercúrio (mmHg) por meio do perineômetro Neurodyn Evolution (Ibramed, São Paulo, SP). Este equipamento é microcontrolado e possui unidades de eletroterapia e biofeedback manométrico-perineal, de simples operação, informatizada ou não-informatizada, com 1 canal de saída, possibilitando múltiplas opções de tratamento,

tornando-se essencial na área da fisioterapia pélvica.

O biofeedback destina-se à obtenção de informações quanto à força de contração perineal através da captação dos níveis de pressão de ar na parte interior da sonda de látex vaginal ou anal.

Realizaram-se três mensurações de contração rápida respeitando um intervalo de 15 segundos de repouso entre elas. Em cada contração verificou-se a pressão máxima e a pressão mínima exercidas, para a identificação da pressão perineal, obtida pela pressão maior subtraída da menor, a qual traduz a força máxima de contração perineal. Para este estudo foi considerada a maior diferença entre as três mensurações.

A efetividade do programa individualizado de exercícios para incontinência urinária executado no espaço domiciliar foi avaliada pela condição da paciente de continência; ou no caso de apresentar ainda incontinência o parâmetro utilizado foi o grau, comparando a avaliação inicial da funcionalidade do assoalho pélvico.

INTERVENÇÃO

Para a intervenção foi utilizado o Programa individualizado de exercícios para incontinência urinária executado no espaço domiciliar proposto por Berlezi et al (2013). O protocolo exercício do programa baseia-se na realização de TMAP através de exercícios Kegel (DUMOULIN, 2010) e ginástica hipopressiva (LATORRE, 2011).

Seguindo o Programa quinzenalmente, cada participante fez uma consulta para orientação, supervisão e revisão/evolução dos exercícios. Para a realização do tratamento foi prescrita a realização dos exercícios na frequência de cinco vezes por semana, por um tempo de 30 minutos diário; o número de séries de repetição foi de acordo com a evolução de cada mulher. Para evitar a fadiga do períneo, foi observada a alternância entre o TMAP e a GH.

Para a execução dos exercícios no espaço domiciliar a mulher recebeu treinamento proprioceptivo da musculatura do assoalho pélvico. Esse treinamento foi baseado na aprendizagem da funcionalidade da musculatura do assoalho pélvico e orientações verbais da fisioterapeuta de como realizar as contrações musculares; recebeu também uma cartilha com orientações para a realização dos exercícios no domicílio (Apêndice III).

Na sequência foram ensinados os exercícios do programa de treinamento; descritos abaixo.

Primeiro exercício: Kegel - 3 segundos de contração e 3 segundos de relaxamento (repete 10 vezes);

Segundo exercício: Ginástica hipopressiva - pés paralelos, joelhos em semi-flexão, mãos ao nível das cristas-ílicas, cotovelos flexionados e dirigidos para frente, punhos flexionados e dedos abertos, ombros relaxados, auto-crescimento, flexionar o tronco para frente, fazer movimento de inspiração, expiração e aspição diafragmática, permanecendo

no máximo por 15 segundos nesta posição (repete 3 vezes);

Terceiro exercício: Kegel - 1 segundo de contração e 3 segundos de relaxamento (repete 10 vezes);

Quarto exercício: Ginástica hipopressiva - pés paralelos, joelhos em semi-flexão, cotovelos flexionados, elevação dos braços com as mãos acima da cabeça, auto-crescimento, deslocamento do tronco para frente, fazer movimento de inspiração, expiração e aspiração diafragmática, permanecendo no máximo por 15 segundos nesta posição (repete 3 vezes);

Quinto exercício: Kegel - repetir o primeiro exercício;

Sexto exercício: Ginástica hipopressiva - um pé à frente, joelho em flexão, mãos laterais ao nível das cristas-íliacas, cotovelos flexionados e dirigidos para frente, fazer movimento de inspiração, expiração e aspiração diafragmática, permanecendo no máximo por 15 segundos nesta posição (repete 3 vezes);

Sétimo exercício: Kegel - repetir o terceiro exercício;

Oitavo exercício: Ginástica hipopressiva - pés paralelos, joelhos flexionados, mãos sobre a face anterior do quadríceps, tronco deslocado para frente, fazer movimento de inspiração, expiração e aspiração diafragmática, permanecendo no máximo por 15 segundos nesta posição (repete 3 vezes).

A evolução dos exercícios foi realizada considerando a aprendizagem do exercício pela mulher. Para evidenciar se a mulher executou de forma correta os exercícios prescritos, a cada reencontro o fisioterapeuta realizava a checagem solicitando que a mulher realizasse o exercício da forma que executou no domicílio; o fisioterapeuta, identificando a execução incorreta do exercício, realizou a correção procedendo à reaprendizagem.

Foram realizadas no total de 5 evoluções dos exercícios (modificadas a cada 15 dias, com o retorno das participantes da pesquisa ao local previamente agendado pela pesquisadora).

A adesão ao tratamento foi verificada de forma subjetiva a partir do relato, observação e percepção da pesquisadora.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 9 mulheres, com média de idade de $55,2 \pm 10,7$ (IC 95% 46,9 – 63,5). Com relação aos dados sociodemográficos destaca-se que cinco relataram ser casadas, duas viúvas, uma separada e uma solteira. Sobre a escolaridade, oito mulheres tinham ensino médio completo e uma relatou ensino fundamental completo.

Com relação aos antecedentes pessoais e familiares (**Tabela 1**), foi evidenciado na anamnese que cinco mulheres estavam na menopausa, uma no climatério e duas em

período reprodutivo; há relato de IU na família; a HAS está presente em um terço das mulheres do estudo; e oito usam medicamentos contínuos.

Tabela 1 - Antecedentes familiar e pessoais de nove mulheres submetidas a um programa individualizado de TMAP para tratamento da IUE executado em ambiente domiciliar.

Variável	% (n)
Antecedentes familiares	
Incontinência urinária	33,3% (3)
Antecedentes pessoais	
Diabetes	11,1% (1)
Bronquite crônica	11,1% (1)
HAS	33,3% (3)
Ciatalgia	11,1% (1)
Menopausa	66,7% (6)
Climatério	11,1 (1)
Uso de medicamento	88,9% (8)

Ainda, na anamnese foi identificado que quatro mulheres necessitavam utilizar proteção de absorvente, em algumas ocasiões, como quando estão resfriadas ou saem de casa; duas usam proteção permanente e três não necessitam de nenhuma proteção.

Sobre a prática de atividade física, três mulheres relataram praticar zumba, duas musculação e uma pilates; todas relataram realizar a prática física com a frequência de duas vezes na semana. Na avaliação inicial, das três mulheres que praticavam zumba duas mulheres relataram perder urina durante a aula; após a intervenção essas mulheres não tiveram mais queixa de perda de urina na prática física.

A **Tabela 2** mostra as características da perda urinária. A maioria das mulheres relatou perda de urina não precedida de vontade; a perda de urina molha a roupa; caracterizam a perda em jato; correr, saltar, tossir e espirrar são condições em que ocorre perda; e perda em condições de frio e estresse.

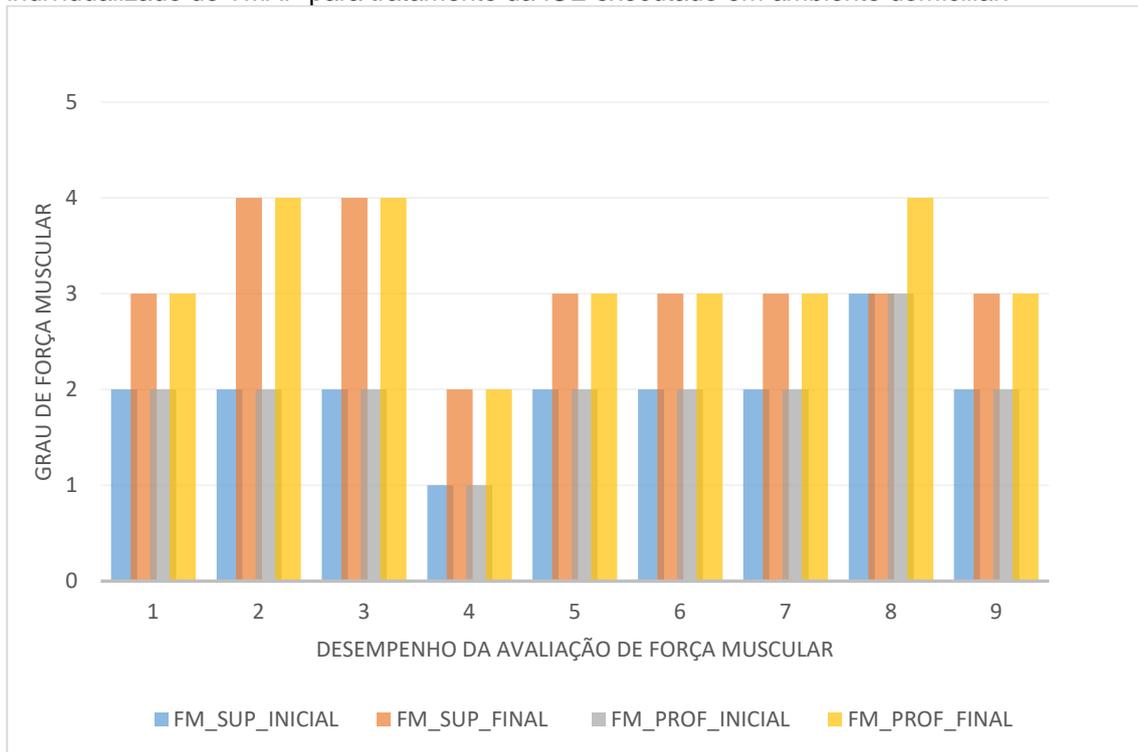
Tabela 2 - Características da perda urinária de nove mulheres submetidas a um programa individualizado de TMAP para tratamento da IUE executado em ambiente domiciliar.

Variável	% (n)
Perda precedida de vontade	44,4% (4)
Perda não precedida de vontade	55,6% (5)
Perda de urina noturna	22,2% (2)
Quando há perda urina molha a roupa	100,0% (9)
Caracterização da perda	
Jato	88,9% (8)
Gota a gota	11,1 (1)
Perda de urina aos grandes esforços	
Saltar	66,7% (6)
Correr	55,5% (5)
Ginástica	11,1% (1)
Tosse	89,9% (8)
Perda de urina aos esforços moderados	
Espirro	77,8% (7)
Dança	11,1% (1)
Caminhada rápida	22,2% (2)
Perda de urina	
Vontade urgente ao estresse	22,2% (2)
Perda de urina ao estresse	44,4% (4)
Vontade urgente ao frio	44,4% (4)
Perda de urina ao frio	55,6% (5)
Vontade urgente ao barulho da torneira	22,2% (2)

Das características observadas durante a avaliação física abdominal destaca-se: padrão respiratório costo-diafragmático (77,8%); palpação abdominal normal (66,7%); tônus diafragmático hipertônico (66,7%); tônus abdominal flácido (100%) e hipotônico na tosse (100%); abertura do óstio da vagina normal (66,7%).

A avaliação do grau de força muscular está representada na **Figura1**, na qual observa-se o desempenho na pré e pós-intervenção da musculatura superficial e profunda, graduada de 0 a 5 pontos pela Escala de Oxford Modificada. Verifica-se que houve incremento da força muscular dos músculos do assoalho pélvico.

Figura 1 - Grau de força muscular do assoalho pélvico de nove mulheres submetidas a um programa individualizado de TMAP para tratamento da IUE executado em ambiente domiciliar.

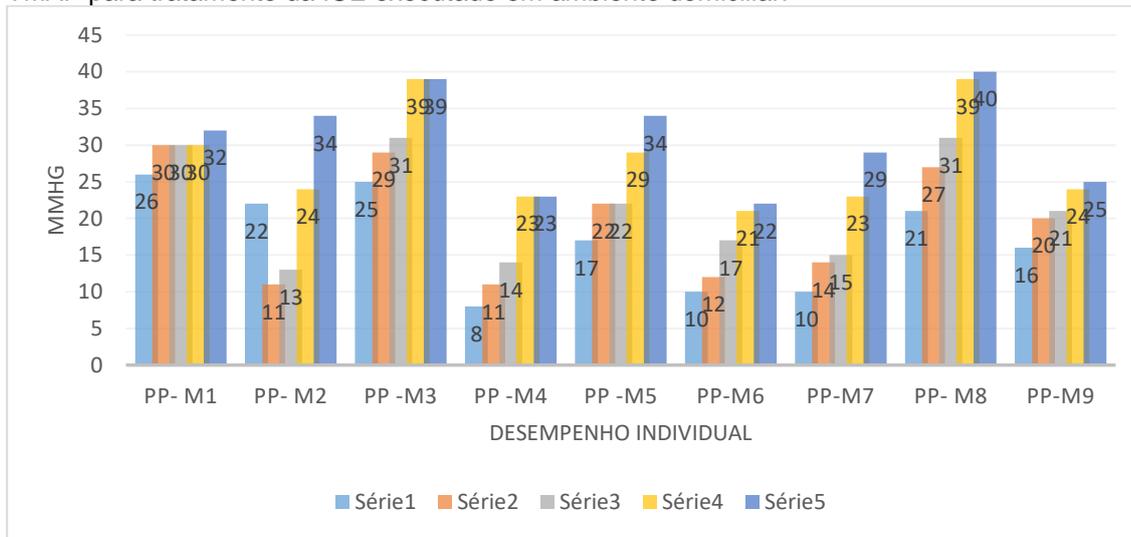


A **Tabela 3** apresenta a estatística descritiva da pressão mínima, pressão máxima e pressão perineal. Observa-se incremento importante da média da pressão perineal comparando a avaliação pré e pós-intervenção, com diferença estatisticamente significativa. Na **Figura 2** é apresentado o desempenho individual das avaliações, respectivamente séries de 1 a 5; que a mulher realizou seguindo o protocolo do estudo.

Tabela 3 - Avaliação da pressão perineal de nove mulheres submetidas a um programa individualizado de TMAP para tratamento da IUE executado em ambiente domiciliar.

	Avaliação Inicial			Avaliação Final			P
	Média±DP (IC 95%)	Mín	Máx	Média±DP IC95%	Mín	Máx	
Pressão Mínima	114,44 (143,41- 85,48)	56	166	101,00 116,16 – 85,83	75	133	0,414
Pressão Máxima	131,67 (157,69- 105,64)	73	174	132,44 (115,39- 149,49)	100	167	0,962
Pressão Perineal	17,22 (22,41- 41)	18	26	30,88 (35,96 – 25,81)	22	40	0,001

Figura 2 - Avaliação da pressão perineal de nove mulheres submetidas a um programa individualizado de TMAP para tratamento da IUE executado em ambiente domiciliar.



A diferença estatística evidenciada tem repercussões clínicas importantes. Comparando a avaliação inicial e final das nove mulheres do estudo, sete (78%) reestabeleceram o mecanismo de continência urinária e duas mulheres (22%) reduziram a gravidade da IU; avaliado pelo relato da mulher das condições em que ocorria a perda de urina. Mulheres que perdiam urina a médio esforço passaram a ter perda somente a grandes esforços.

A adesão foi avaliada de forma qualitativa, isso ocorreu todas as vezes que as mesmas retornavam para reavaliação a cada 15 dias. Para isso, inicialmente era solicitado que as mesmas realizassem os exercícios propostos pelo programa de treinamento e assim a pesquisadora observava a execução, intervindo quando não executado corretamente. Nos primeiros encontros havia dúvidas sobre a execução correta dos exercícios, bem como o posicionamento adequado. No decorrer dos encontros observou-se que as mulheres foram se apropriando da correta execução dos exercícios.

Como estratégia de estímulo para a adesão ao tratamento, a pesquisadora utilizou mídias sociais (WhatsApp), criado pela pesquisadora como um canal de comunicação e de empoderamento da mulher sobre o assunto de incontinência urinária na perspectiva de conhecer o problema e a solução e, especialmente, de trazer os benefícios do tratamento conservador. Acreditando-se que o conhecimento propicia a adoção de comportamento de cuidado com a saúde; e também que a mulher se sentisse estimulada a realizar os exercícios prescritos.

Foi elaborada também uma cartilha de orientações para a execução dos exercícios no domicílio, disponibilizada na primeira avaliação.

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo evidenciaram a eficácia do programa individualizado com acompanhamento e avaliação sistemática do fisioterapeuta, executado no espaço domiciliar, no reestabelecimento do mecanismo de continência urinária. O estudo de Berlezi et al. (2013), que propôs o Programa individualizado de exercícios, mostrou que o protocolo obteve desfecho positivo para a reeducação da continência urinária. Contudo, a amostra foi pequena e o presente estudo vem a contribuir para a avaliação da eficácia do programa. Não obstante o reconhecimento dos pesquisadores dos métodos de tratamento preconizados no Programa, e também o fato de serem utilizados na prática clínica e com evidências científicas de sua eficácia, o diferencial do protocolo do programa é a metodologia planejada para atender maiores demandas como na atenção básica; para reabilitação ou prevenção.

Ainda, segundo Berlezi et al. (2013), a importância de estudos como este está no fato de que historicamente o profissional fisioterapeuta atuou na atenção secundária. Contudo, a política de saúde adotada nos últimos anos no país incluiu esse profissional nas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Atuar nesse nível de atenção requer a produção de novas metodologias de trabalho que atendam de forma qualificada e resolutiva os problemas de saúde da população sob seus cuidados.

Observamos que a metodologia aplicada através de encontros quinzenais com reavaliações e orientações sobre a execução correta dos exercícios teve papel importante e fundamental no sucesso do tratamento proposto. Através dos encontros realizados a cada 15 dias, foi possível progredir os exercícios individualmente, respeitando a resposta individual de cada participante, além de avaliar a adesão e motivá-las a manter o programa até o final.

O acompanhamento e a supervisão dos exercícios são fundamentais para a obtenção do sucesso do tratamento realizado no espaço domiciliar. Como no estudo de Assis et al. (2015), que destaca que, para a obtenção de bons resultados, é fundamental dedicação, esforço e perseverança por parte das mulheres. Com isso, supõe-se que os efeitos do tratamento serão melhores se o programa de TMAP contar com a supervisão e apoio dos profissionais de saúde envolvidos no processo de tratamento.

O estudo de Dreher et. al. (2009) que propôs o fortalecimento do assoalho pélvico com cones vaginais através de um programa realizado no domicílio com supervisão semanal do fisioterapeuta, após oito semanas de intervenção, evidenciou que o método utilizado para tratamento foi eficaz, demonstrando que a utilização de protocolos realizados em domicílio é reproduzível.

Ferreira (2012) avaliou o impacto de um programa de treino na qualidade de vida de mulheres com IUE. As participantes foram divididas em dois grupos, ambos os grupos tiveram acesso a ações educativas, através de orientações sobre a anatomia e fisiologia do trato urinário inferior, conceito da IUE, etiologia, localização dos MPP, apresentação do programa de exercícios no domicílio, condutas de hábitos de higiene e modificação de

comportamentos (diário urinário), com duração de 60 minutos, e receberam um panfleto que resumia a sessão teórica salientando o programa de tratamento no domicílio. Posteriormente, um grupo realizou o programa de exercícios com a supervisão do fisioterapeuta durante encontros semanais, enquanto o outro grupo realizou o programa de exercícios em domicílio; a intervenção foi por um período de seis meses, e evidenciou a redução dos episódios de incontinência no grupo que recebeu orientações (4,5 episódios) maior em relação ao grupo sem orientações (6,4 episódios), porém ambos os grupos apresentaram redução da frequência das perdas urinárias, bem como melhora na qualidade de vida das participantes, destacando a eficácia do programa e a importância da adesão e motivação das pacientes para o sucesso do tratamento.

Outro estudo que ratifica a importância da supervisão direta do fisioterapeuta durante o tratamento foi de JAHROMI (2014), que utilizou um protocolo com exercícios de Kegel para tratamento da IUE. Inicialmente todas as participantes do estudo receberam oito sessões de treinamento, com orientações sobre os músculos do assoalho pélvico e a realização correta da contração muscular; após foram divididas em dois grupos: o grupo 1 (G1), que realizou os exercícios em grupo com acompanhamento semanal do fisioterapeuta, e o grupo 2 (G2), que realizou os exercícios em domicílio. Após dois meses de intervenção, constatou-se que as mulheres que receberam orientações semanais apresentaram melhores resultados na avaliação pós-intervenção do que aquelas que realizaram os exercícios em domicílio.

Krüger (2011) avaliou a eficiência de um programa realizado em domicílio e destaca que para o sucesso dos resultados, bem como a manutenção dos efeitos do tratamento conservador, depende-se do interesse e da motivação das pacientes. A adesão do paciente a um programa de fisioterapia é o elemento-chave para obtenção do sucesso durante e após o término do tratamento.

Em nosso estudo a adesão ao tratamento foi de 100%. A adesão da participante deve ser considerada um aspecto importante no sucesso do tratamento das doenças crônicas. Acredita-se que muitos fatores contribuam para isso, como o histórico sócio-econômico, aspectos psicológicos e grau de escolaridade (ALVAREZ et al., 2016). Para a Organização Mundial da Saúde (2003), em países desenvolvidos a não adesão a terapias de longo prazo gira em torno de 50%, sendo que estes valores são superiores em países menos desenvolvidos.

Torna-se essencial que o profissional de saúde estabeleça metodologias que contribuam para o estímulo contínuo do paciente, bem como para o processo de ensino e aprendizagem. Estratégias para incentivar a adesão e a motivação do paciente são fundamentais para o sucesso do tratamento realizado em domicílio sem a orientação direta do profissional de saúde.

CONCLUSÃO

Nossos resultados mostram que o Programa proposto é reprodutível e eficiente para o tratamento da IUE; após 12 semanas, houve aumento da força MAP e da pressão perineal, repercutindo na melhora das condições de IU, promovendo restabelecimento em 90% das mulheres em situações de instabilidade.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, Juglans Souto et al. **Associação entre Espiritualidade e adesão ao Tratamento em Pacientes Ambulatoriais com Insuficiência Cardíaca**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia; v. 106, n. 6, p. 491-501, 2016.

ASSIS, Liamara Cavalcante de et al. **Efetividade de um manual de exercícios domiciliares na promoção da continência urinária durante a gestação: um ensaio clínico aleatorizado pragmático**. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 37(10):460-6, 2015.

BERLEZI, Evelise Moraes; MARTINS, Marília; DREHER, Daniela Zeni. **Programa individualizado de exercícios para incontinência urinária executado no espaço domiciliar**. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 23, n. 4, p. 232-238, 2013.

CHIARAPA, Telma Regina; CACHO; Doriane Perez; ALVES, Adria Fabíola Deiss. **Incontinência Urinária Feminina - Assistência Fisioterapêutica e multidisciplinar**. Livraria Médica Paulista edito, 2007.

DREHER, Daniela Zeni et al. **O fortalecimento com cones vaginais: programa de atendimento domiciliar**. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 43-49, jan./mar. 2009.

DUMOULIN, Chantale; HAY-SMITH, Jean E.; HABÉE-SÉGUIN, Gabrielle Mc. **Pelvic floor muscle treatment versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women**. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010 Jan 20; (1): CD005654.

FERREIRA, Margarida; SANTOS, Paula Clara. **Impacto dos programas de treino na qualidade de vida da mulher com IUE**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 2012.

GRIFFITHS, Derek et al. **Dynamic testing, editores. Incontinence – Basic & Evaluation**. International Continence Society; 2005. p. 585-674.

IBRAMED. **Manual de Operação neurodyn evolution**. 3. ed. 2005.

JAHROMI, Marzieh Kargar; TALEBIZADEH, Malihe; MIRZAEI, Marymn. **The effect of pelvic muscle exercises on urinary incontinency and self – esteem of elderly females with stress urinary incontinency, 2013**. Glob J Health Sci. 2015. Mar; v. 7, n. 2, p. 71–79.

KRÜGER, Ana Paula; LUZ, Soraia CT, VIRTUOSO, Janeisa F. **Exercício domiciliar para**

o assoalho pélvico em mulheres continentais após tratamento fisioterapêutico para incontinência urinária: um estudo observacional. Rev. Bras. Fisioter. São Carlos, v. 15, n. 5, Sept/Oct. 2011.

LATORRE, Gustavo Fernando Sutter et al. **Ginástica hipopressiva: evidências de uma alternativa ao treinamento da musculatura do assoalho pélvico de mulheres com déficit proprioceptivo local.** Fisioterapia Brasil. 2011, nov-dec;12 (6): 463-6.

LAYCOCK, Jo; JERWOOD, D. **Pelvic floor muscle assessment: The PERFECT Scheme.** Physiotherapy. v. 87, n. 12, 631-642, 2001. Disponível em: <[http://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406\(05\)61108-X/pdf](http://www.physiotherapyjournal.com/article/S0031-9406(05)61108-X/pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2016.

MORENO, Adriana. **Cinésioterapia do assoalho pélvico.** Fisioterapia em Uroginecologia; Manole: 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** 2003.

PEREIRA, Vanessa, ESCOBAR, Adriana C, DRIUSSO, Patricia. **Efeitos do tratamento fisioterapêutico em mulheres idosas com incontinência urinária. Uma revisão sistemática.** Rev. Bras. Fisioter., São Carlos, v. 16, n. 6, p. 463-8, nov./dez. 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **Campanha Segura Aí.** [Internet]. [capturado em 2015 out 23]. Disponível em: <http://www.sbu.org.br/publico/?segura-ai>

CONHECIMENTOS, ATITUDES E CRENÇAS DE HOMENS RESIDENTES EM ARAXÁ-MG QUANTO AO CÂNCER DE PRÓSTATA

Ana Flavia Vieira¹
Aline do Carmo França Botelho²

Recebido em: 09 jan. 2018
Aceito em: 09 dez. 2018

RESUMO: O câncer de próstata é o mais incidente entre os homens em todas as regiões brasileiras, e tende a aumentar o número de casos, em resposta ao envelhecimento populacional, pois tem como principal fator de risco a idade do homem. O exame do toque retal, embora eficaz quando combinado com o exame de sangue na detecção precoce das neoplasias da próstata, ainda não é amplamente realizado, pois frequentemente é visto como contrário a masculinidade. O objetivo do estudo foi avaliar conhecimentos, atitudes e crenças de homens acima de 40 anos residentes em Araxá-MG quanto ao câncer de próstata. A pesquisa foi exploratória, quantitativa, realizada através de questionário aplicado para homens acima de 40 anos, na estratégia de saúde da família Vila Estância da cidade de Araxá-MG. Os resultados mostraram que, em geral, os homens entrevistados têm conhecimentos quanto ao câncer de próstata, exames de rastreamento e importância do diagnóstico precoce. Entretanto, notou-se que, as ações efetivas, com realização dos dois exames de rotina periodicamente, ainda não são amplamente realidade entre os participantes, pois parcela significativa da amostra nunca realizou os exames preconizados. Ações educativas devem ser intensificadas com intuito de divulgar a importância dos exames de rastreamento, bem como, do estilo de vida na prevenção do câncer de próstata.

Palavras-chave: Câncer de Próstata. Exame de Toque Retal. PSA.

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND BELIEFS OF RESIDENT MEN IN ARAXÁ-MG REGARDING PROSTATE CANCER

ABSTRACT: Prostate cancer is the most frequent among men in all Brazilian regions, and it tends to increase the number of cases, in response to the aging population, since its main risk factor is the age of the man. Rectal examination, although effective when combined with a blood test for the early detection of prostate neoplasms, is still not widely performed because it is often seen as contrary to masculinity. The objective of the study was to evaluate the knowledge, attitudes and beliefs of men over 40 years living in Araxá-MG regarding prostate cancer. The research was exploratory, quantitative, performed through a questionnaire applied to men over 40 years old, in the health strategy of the Vila Estância family of the city of Araxá-MG. The results showed that, in general, the men interviewed had knowledge about prostate cancer, screening tests and the importance of early diagnosis. However, it was noted that the effective actions, with the two routine exams being performed periodically, are not yet widely realized among the participants, since a significant portion of the sample never

¹ Centro Universitário do Planalto de Araxá (UNIARAXÁ).

² Centro Universitário do Planalto de Araxá (UNIARAXÁ). Doutora, UNIARAXÁ. E-mail para correspondência: alinebotelho@uniaraxa.edu.br.

performed the recommended tests. Educational actions should be intensified in order to publicize the importance of screening exams as well as lifestyle in the prevention of prostate cancer.

Keywords: Prostate Cancer. Rectal Touch Exam. PSA.

INTRODUÇÃO

Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o câncer de próstata é o mais incidente entre os homens em todas as regiões brasileiras (INCA, 2016).

O fator de risco mais estabelecido para o desenvolvimento do câncer de próstata é a idade. Aproximadamente 62% dos casos de câncer da próstata diagnosticados no mundo acometem homens com 65 anos ou mais. Com o crescimento da expectativa de vida mundial, é esperado que o número de casos novos tem um crescimento significativo nos próximos anos. Outro fator importante na etiologia desse tipo de câncer é a dieta. Dietas com base em gordura animal, carne vermelha, embutidos e cálcio têm sido associados ao aumento no risco de desenvolver câncer da próstata. Além disso, também contribui como fator de risco a obesidade, em especial para aquelas neoplasias de comportamento mais agressivo. Em contrapartida, dietas ricas em vegetais, vitaminas D e E, licopeno e Ômega-3 aparecem como fatores protetores (SBU, 2008).

No adenocarcinoma da próstata o tempo de duplicação celular é de cerca de 2 a 4 anos, assim o tumor leva em média 15 anos para atingir 1 cm³. Em fases iniciais os adenocarcinomas prostáticos em geral assintomáticos e descobertos devido à elevação do PSA, toque retal alterado (indispensável) ou após tratamento cirúrgico de hiperplasia prostática. Admite-se que o risco de diagnóstico de câncer de próstata durante a vida é de 16,4% e de óbito, 3,7% (SBU, 2013).

Segundo Rhoden e Averbeck (2010), a natureza silenciosa do câncer de próstata pode ser exemplificada pelos achados de que a prevalência histológica da neoplasia excede a doença clinicamente manifesta em aproximadamente oito vezes. Os sintomas de disfunção miccional (polaciúria, disúria, redução da força e calibre do jato urinário, noctúria, hesitação, sensação de repleção miccional) são historicamente mencionados como os sintomas mais comumente relacionados ao câncer de próstata.

O diagnóstico do adenocarcinoma de próstata se faz através do estudo histopatológico de espécimes prostáticos, sejam eles obtidos através de biópsia por agulha fina ou através de ressecção transuretral e outros procedimentos prostáticos. O estudo histopatológico permite a determinação do tipo histológico e grau de diferenciação tumoral, com impacto no prognóstico da doença. A indicação da biópsia transretal se faz a partir da suspeita clínica, em decorrência de alterações no PSA ou toque retal realizado por profissional experiente. Qualquer paciente com uma dessas alterações ou a combinação entre as mesmas deve ser submetido à biópsia prostática (PUNGLIA et al. 2003).

A classificação do câncer de próstata segue o sistema TNM (Tumor, Nódulo e

Metástase) é a forma mais utilizada para estadiar histologicamente o adenocarcinoma de próstata, trata-se do escore de Gleason. O sistema é graduado de 2 a 10 de acordo com o grau de diferenciação celular, sendo 2 o menos agressivo e 10 o mais agressivo (GLEASON; MELLINGER, 1974).

Os pacientes com câncer de próstata de baixo e intermediário risco são aqueles com doença localizada na próstata e baixo PSA. A primeira opção de tratamento para pacientes com expectativa de vida superior a cinco anos e que não tenham contraindicação cirúrgica é a prostatectomia radical. A depender do risco, pode-se optar por realizar, concomitantemente, a linfadenectomia pélvica. Os principais efeitos colaterais da prostatectomia radical, seja ela por via retropúbica aberta, perineal, laparoscópica ou robótica, são a disfunção erétil e a incontinência urinária. Outros tratamentos para doença de baixo risco incluem a radioterapia, hormonioterapia e a vigilância ativa. Já os pacientes de alto e muito alto risco devem receber tratamento mais agressivo, visto o maior potencial metastático da doença nestes casos (GACCI et al., 2008).

Vários fatores socioculturais, incluindo os estereótipos de gênero, crenças e valores que definem o que é ser masculino, têm sido apontados como obstáculos para práticas de cuidado em saúde. Assim o exame do toque retal, embora bastante eficaz quando combinado com o exame de sangue na detecção precoce do tumor de próstata, ainda é relativamente pouco realizado, possivelmente por esbarrar em preconceitos relacionados aos estereótipos de gênero (GOMES et al., 2008).

A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU, 2014) recomenda que homens a partir de 50 anos procurem seu urologista para discutir a prática e a realização da avaliação. Aqueles com maior risco da doença (história familiar, raça negra) devem procurar o urologista a partir dos 45 anos, ou até mesmo antes, aos 40 anos. Os exames consistem na dosagem sérica do PSA e no exame digital retal, com periodicidade anual. Esta prática está relacionada à diminuição de cerca de 21% na mortalidade pela doença em estudos de grande porte e longo seguimento.

A combinação entre os dois exames, tanto o PSA como o de toque retal é a melhor forma de diagnosticar o câncer de próstata o medo da realização do exame do toque retal entre os homens, afeta vários fatores emocionais e físicos por ser um exame de caráter invasivo (PAIVA; MOTTA; GRIEP, 2011).

Segundo Gomes et al. (2008), para os homens, o exame de toque retal não toca apenas a próstata, mas também sua masculinidade, e não pode ser visto apenas como um exame físico, que pode diagnosticar o câncer de próstata precocemente. Diante disso, é necessária uma ampla conscientização e superação de mitos, para que as ações de rastreio precoce dessa neoplasia possa efetivamente obter resultados positivos, os aspectos emocionais e culturais devem ser levados em consideração.

A Sociedade Brasileira de Urologia desenvolve uma iniciativa para promover uma campanha nacional para motivar a população masculina no combate ao câncer de próstata, a campanha já faz parte do calendário nacional de prevenção no Brasil, e tem ganhado

mais destaque a cada ano, trata-se do “Novembro Azul”, uma forma de divulgar a importância da Saúde do Homem, em paralelo a já consagrada campanha do “Outubro Rosa”. O Novembro Azul tem diversas atividades em todo o Brasil, como o fórum no Congresso Nacional e no Senado Federal, a iluminação de pontos turísticos, várias palestras informativas e ações educativas em estádios. O objetivo é motivar a população masculina a fazer exames preventivos para o combate à doença (SBU, 2014).

Apesar de sua significativa incidência no Brasil e no mundo, é um tipo de câncer que ainda está muito associado a crenças e medo por parte da população masculina, limitando as possibilidades de diagnóstico precoce, e, conseqüentemente, de tratamentos mais efetivos. Neste contexto, o presente estudo tornou-se pertinente, pois objetivou avaliar conhecimentos, atitudes e crenças de homens acima de 40 anos residentes em Araxá (MG) quanto ao câncer de próstata.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório, transversal e quantitativo, que foi realizado no ESF (Estratégia de Saúde da Família) Vila Estância, no Município de Araxá, MG, com uma proposta de intervenção em relação à prevenção e detecção precoce de câncer de próstata.

Os participantes foram homens cadastrados no ESF Vila Estância em 2015, com idade acima de 40 anos, sendo incluídos todos os que voluntariamente concordaram em participar da pesquisa. A definição dessa idade deve-se ao fato de quando há caso de câncer de próstata na família, homens já com essa idade, devem fazer os exames. Foram excluídos os homens que não tinham condições físicas e psicológicas para responder o questionário.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário adaptado para atender a proposta da pesquisa (PAIVA, 2008), com questões gerais, como, idade e escolaridade, e, questões que contemplem os objetivos da pesquisa.

Após coleta de dados houve um trabalho individualizado de conscientização e esclarecimento de questões que os voluntários tiveram, ressaltando a importância das medidas preventivas.

O projeto obedeceu as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (Resolução 466/2012) e incorporou em seu contexto os quatro referenciais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. O protocolo de aprovação no comitê de ética do UNIARAXÁ foi 00503/19.

Cada um dos participantes assinou um termo de consentimento livre e esclarecido antes de responder ao questionário. Antes de iniciar a pesquisa foi solicitada a autorização da ESF Vila Estância para a coleta dos dados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 29 homens. De acordo com a tabela 1, a maioria dos voluntários são casados, sendo 62,06%. Quanto à idade, a faixa etária predominante foi de 60 a 69 anos, com 41,37% dos participantes, seguido pela faixa de 40 a 49 anos, com 31,03%. Em relação à escolaridade, destacou-se o ensino fundamental completo, correspondendo a 44,82% da amostra.

Os achados do estudo de Paiva, Motta e Griep (2011) são similares aos do presente estudo. Eles tiveram uma amostra com média de idade dos participantes de 61,5 anos, com maioria de homens casados (69,4%), com baixa escolaridade, sendo que 66,9% informaram possuir apenas o ensino fundamental incompleto.

Tabela 1. Distribuição dos entrevistados quanto ao estado civil, idade e escolaridade.

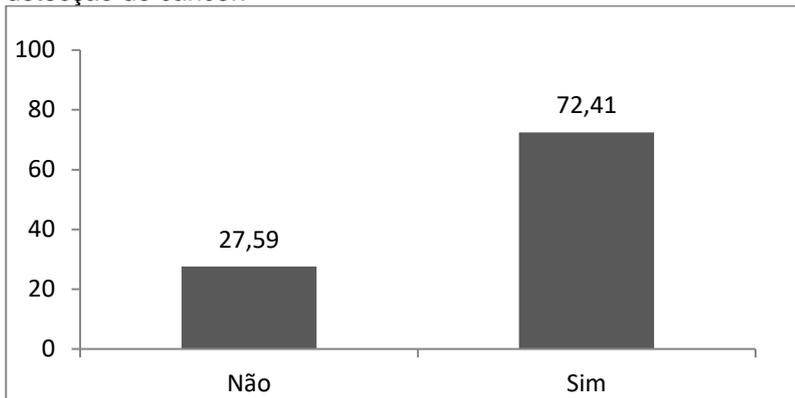
Variável	Classificação	N (%)
Estado Civil	Solteiro	4 (13,79%)
	Casado	18 (62,06%)
	Divorciado	3 (10,34%)
	Viúvo	4 (13,79%)
Idade	40 a 49 anos	9 (31,03%)
	50 a 59 anos	4 (13,79%)
	60 a 69 anos	12 (41,37%)
	70 anos ou mais	4 (13,79%)
Escolaridade	Sem escolaridade	5 (17,24%)
	Ensino Fundamental Completo	13 (44,82%)
	Ensino Médio incompleto	6 (20,68%)
	Ensino Médio completo	2 (6,89%)
	Ensino superior incompleto	1 (3,44%)
	Pós-graduação	2 (6,89%)

Fonte: Dados resultantes da pesquisa, 2015.

Os participantes da pesquisa foram questionados quanto a conhecer exame(s) para detecção do câncer de próstata. De acordo com o gráfico 1, 72,41% responderam afirmativamente e 27,59% disseram não conhecer nenhum exame. No gráfico 2, quanto aos exames que conhecem, 51,72% relataram conhecer o exame sanguíneo PSA e 41,37% disseram conhecer o exame de toque retal.

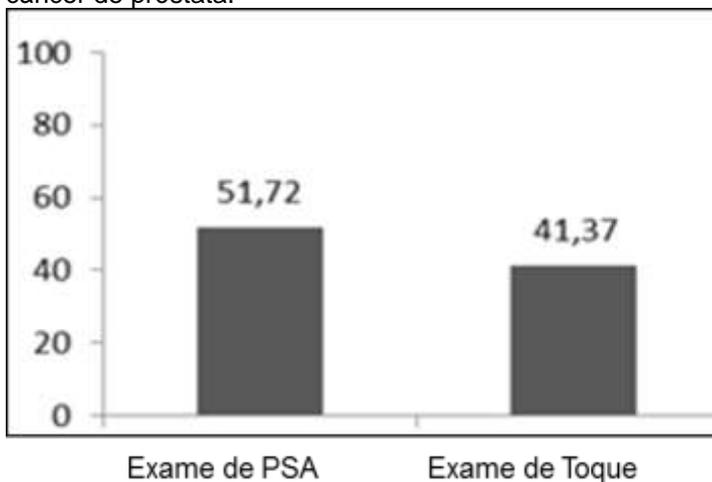
No estudo de Ascari et al. (2014), realizado em área rural de Santa Catarina, os homens foram questionados também quanto a esses aspectos, e, 61,8% afirmaram conhecer os exames de detecção do câncer de próstata, 57,3% disseram ter conhecimento quanto ao exame do PSA, 75% afirmaram ter conhecimento quanto exame de toque retal.

Gráfico 1. Distribuição percentual dos entrevistados quanto ao conhecimento de algum exame para a detecção do câncer.



Fonte: Dados resultantes da pesquisa, 2015.

Gráfico 2. Distribuição dos entrevistados quanto aos tipos de exames que conhecem quanto à detecção do câncer de próstata.



Fonte: Dados resultantes da pesquisa, 2015.

De acordo com a tabela 2, a maioria dos entrevistados 62,06%, já tinha ouvido falar muito do câncer de próstata, enquanto 37,93% relataram ter ouvido falar muito pouco do assunto.

Já a tabela 3 refere-se ao meio onde ouviram falar de câncer de próstata, nota-se que 37,93% foi no PSF, 44,82% por meio de amigos, 27,58% através de parentes, pelos meios de comunicação foram 31,03%, e, outros serviços de saúdes o índice foi de 31,03%.

Entre os 100 participantes da pesquisa de Vieira et al. (2008) realizada em Fortaleza, 35 usuários afirmaram ter sido orientados sobre câncer de próstata e sua respectiva prevenção; desses, 28 confirmaram que receberam orientações de médicos e um de enfermeiro, e os demais, através de amigos que experienciaram a doença, através da mídia ou agentes de saúde.

Tabela 2. Distribuição dos voluntários que já ouviram falar de câncer de próstata.

Variável	N (%)
Sim, um pouco	11 (37,93%)
Sim, muito	18 (62,06%)
Não	0

Fonte: Dados resultantes da pesquisa, 2015.

Tabela 3. Distribuição dos entrevistados quanto ao meio que ouviram falar do câncer de próstata.

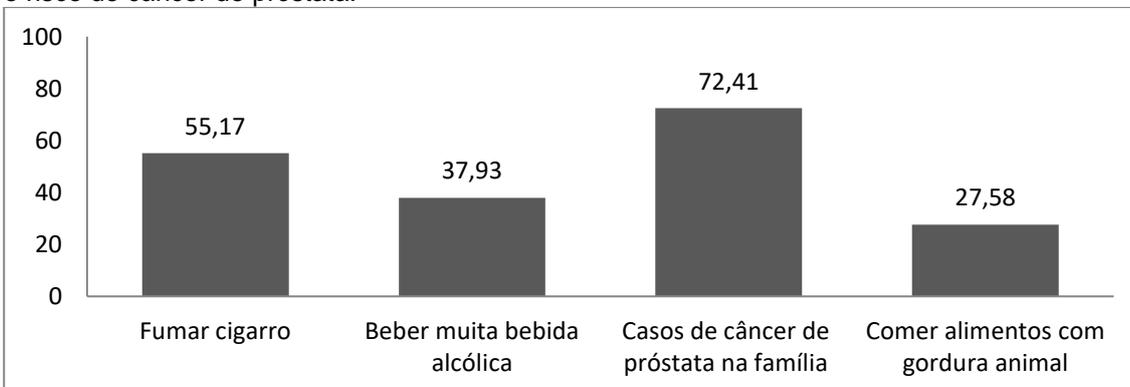
Variável	N (%)
PSF	11 (37,93%)
Amigos	13 (44,82%)
Parentes	8 (27,58%)
TV, rádio, jornal	9 (31,03%)
Outros serviços de saúde	9 (31,03%)

Fonte: Dados resultantes da pesquisa, 2015.

Quando foram perguntados quanto aos hábitos ou situações que poderia aumentar o risco de câncer de próstata, dos entrevistados 72,41% afirmaram que se tiver caso de câncer de próstata na família aumenta o risco, logo em seguida, com 55,17%, o relato foi que fumar cigarros aumenta o risco. Quanto a ingerir bebida alcóolica e comer alimentos com gordura animal respectivamente, foram referidos 37,93% e 27,58% (Gráfico 3).

Segundo Malta et al. (2012), o câncer de próstata está ligado a hereditariedade, sendo que parentes de primeiro grau têm cerca de 8 vezes mais risco, podem se destacar também como fatores de risco: dieta rica em gorduras, ingestão de carnes vermelhas, e baixa ingestão de vitaminas.

Gráfico 3. Distribuição percentual dos entrevistados quanto aos hábitos ou situações que poderia aumentar o risco de câncer de próstata.



Fonte: Dados resultantes da pesquisa, 2015.

De acordo com a tabela 4, 75% dos entrevistados relatam que o exame de toque é

para a prevenção, entretanto, 10% afirmaram que só realizou o exame quando teve sintomas como dor e ardência para urinar.

No estudo de Paiva, Motta e Griep (2010), 61,3% voluntários afirmaram que algum médico já havia afirmado que deveria fazer o exame, 54,4% já realizaram o exame e destes 61,6% relataram que realiza o exame por rotina e prevenção, apenas 20,9% relata ser por sintomas e 1,2% casos de câncer na família.

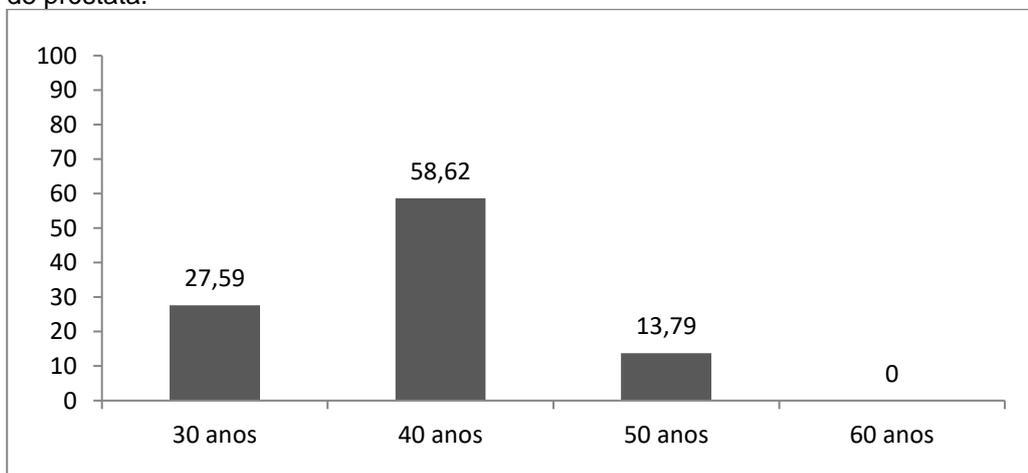
Tabela 4. Distribuição dos entrevistados com relação ao motivo pelo qual foi realizado o exame de toque

Variável	N (%)
Tinha sintomas: dor, ardência para urinar	2 (10%)
Teve casos de câncer de próstata na família	2 (10%)
Somente rotinas de prevenção	15 (75%)
Outros motivos	1 (5%)

Fonte: Dados resultantes da pesquisa, 2015.

Quanto à idade em que o homem deveria começar a fazer o exame de próstata, de acordo com a maioria dos entrevistados do presente estudo (58,62%) é a partir de 40 anos (Gráfico 4). Esse resultado foi um pouco menor que o de outro estudo realizado em Juiz de Fora (MG), a grande maioria dos homens (75,6%) referiu a idade adequada para o rastreamento do câncer de próstata é a partir de 40 anos.

Gráfico 4. Distribuição de entrevistados quanto à idade que afirmaram ser a correta para iniciar os exames de próstata.



Fonte: Dados resultantes da pesquisa, 2015.

Os homens foram questionados quanto à frequência em que os homens deveriam fazer exames de próstata, a grande maioria, 89,65% relatou anualmente. E quanto aos exames de próstata apenas para homens que apresentam sintomas urinários, 75,86% disseram não concordar com isso. E quase totalidade dos voluntários (93,10%) afirmou que fazer o exame da próstata é de grande importância para a saúde masculina.

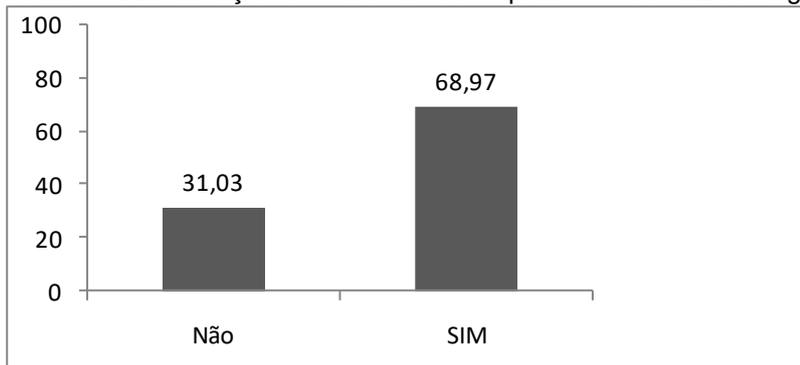
Os participantes foram perguntados se já realizaram alguma vez o exame de próstata (toque), 68,97% afirmou que já realizou, enquanto 31,03% relatou nunca ter feito

o exame (Gráfico 5).

A tabela 5 refere-se a quando foi a última vez que o voluntário realizou o exame de toque, 35% relatam ter feito a menos de 1 ano, 30% entre 1 a 2 anos, entretanto 20% afirmaram entre 3 a 5 anos e apenas 15% relata não lembrar ou não saber.

No trabalho de Ascari et al. (2014) em Videira (SC), o número de homens que nunca realizaram os exames foi ainda maior, 57,4%. A pesquisa ainda apontou que a maioria dos homens não realiza anualmente consulta com urologista e destacam a falta de incentivo, por acomodação, por não ter motivo e por não apresentar sintoma.

Gráfico 5. Distribuição dos entrevistados quanto a ter realizado alguma vez o exame de toque.



Fonte: Dados resultantes da pesquisa, 2015.

Tabela 5. Distribuição dos entrevistados quanto a última vez em que realizou o exame de toque.

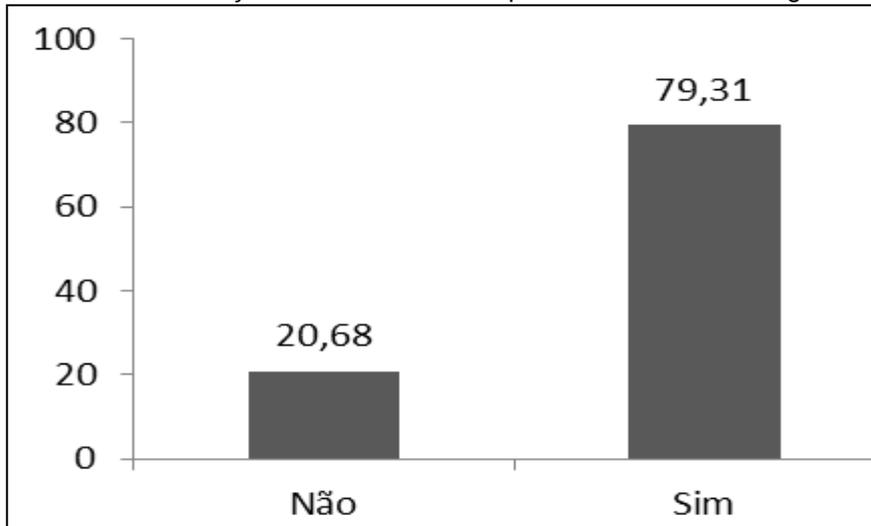
Variável	N (%)
Menos de 1 ano	7 (35%)
Entre 1 e 2 anos	6 (30%)
Entre 3 e 5 anos	4 (20%)
Não sei/não lembro	3 (15%)

Fonte: Dados resultantes da pesquisa, 2015.

É consenso que a melhor forma de detecção precoce do câncer de próstata é associando os dois exames, o toque retal e o PSA. Em geral os homens aceitam mais o exame sanguíneo (PSA) que o exame de toque retal. Diante disso, os homens foram questionados quanto à realização do exame de PSA, 79,31% afirmaram já ter feito o exame e 20,68% relatam não ter feito o exame ainda (Gráfico 6). No estudo de Ascari et al. (2014) dos 28 homens que realizaram algum exame, 10 realizaram somente PSA.

De acordo com tabela 6, quanto a última vez que realizou exame de PSA, 34,48% afirma que a menos de 1 ano, 24,13% entre 1 a 2 anos, entretanto 17,24% relatou entre 3 a 5 anos e 20,68% afirmaram que nunca fez o exame PSA, apenas 3,44% não lembra ou não sabe.

Gráfico 6. Distribuição dos entrevistados quanto a ter realizado alguma vez o PSA.



Fonte: Dados resultantes da pesquisa, 2015.

Tabela 6. Distribuição dos entrevistados quanto a última vez que realizou o exame do PSA.

Variável	N (%)
Menos de 1 ano	10 (34,48%)
Entre 1 e 2 anos	7 (24,13%)
Entre 3 e 5 anos	5 (17,24%)
Não sei/ Não lembro	1 (3,44%)
Nunca fez o exame	6 (20,68%)

Fonte: Dados resultantes da pesquisa, 2015.

Quando os entrevistados foram questionados se tem ou teve familiares com câncer de próstata, 82,75% dizem que não. A maioria também respondeu negativamente quanto a ter algum problema na próstata, com índice de 86,20%.

O conhecimento da verdade e dos mitos referentes ao câncer de próstata pode ser um fator determinante do sucesso ou fracasso das campanhas preventivas. Neste contexto, o questionário também abordou alguns aspectos relativos ao conhecimento sobre o câncer de próstata. Os homens foram também questionados quanto à possibilidade do câncer de próstata ser curado se for detectado precocemente, quanto a esse aspecto, 96,55% concordaram com afirmativa. Por outro lado os voluntários têm dúvidas quanto a ter uma vida normal em caso de câncer de próstata, sendo que 48,27% concordaram, 34,48% relataram discordar, e, 20,68% não responderam. Em relação à pergunta sobre estar com boa saúde e por isso não ter necessidade de ter a próstata examinada, apenas 24,13% concorda com afirmativa. Mas quanto ao exame de próstata poder afetar a masculinidade, 27,58% concorda e 72,41% relata discordar da afirmativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados é possível afirmar que, de modo geral, os homens entrevistados têm conhecimentos quanto ao câncer de próstata, exames de rastreio e importância do diagnóstico precoce. Entretanto, notou-se que, as ações efetivas, com realização dos dois exames de rotina periodicamente, ainda não são amplamente realidade entre os participantes, pois parcela significativa da amostra nunca realizou os exames preconizados.

Vale salientar ainda que a divulgação por meios de comunicação ainda é pequena, e uma ampliação de campanhas por esses meios poderia ser uma forma de atingir a população masculina de forma mais ampla. Associado a isso, é também necessária uma maior conscientização da relação entre o estilo de vida e o surgimento do câncer, aspectos como tabagismo, dieta e controle do peso precisam ser mais divulgados nas ações educativas voltadas a prevenção do câncer de próstata.

REFERÊNCIAS

GACCI, M. et al. Predictors of quality of life after radical treatment for prostate cancer. **Urologia Internationalis**, v. 80, p. 231-6, 2008. Disponível em: <https://www.karger.com/Article/Abstract/127332>. Acesso em: 03 dez. 2017.

GLEASON, D. F.; MELLINGER, G. T. Prediction of prognosis for prostatic adenocarcinoma by combined histological grading and clinical staging. **The Journal of Urology**, v.111, p.58-64, 1974. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022534717598894?via%3Dihub>. Acesso em: 03 dez. 2017.

GOMES, R, NASCIMENTO E.F.; REBELLO, L.E.F.S.; ARAÚJO, F.C. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Revista de Ciências e Saúde Coletiva**, v.13, p.1975-1984, 2008. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/246>. Acesso em: 05 dez. 2017.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2016**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>. Acesso em: 05 dez. 2017.

MALTA, L. R. F. et al. Produção científica da enfermagem em relação ao câncer de próstata: Revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE**, v.6, p.3007-3016, 2012. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/22144/1/Artigo%20Luciana>. Acesso em: 09 dez. 2017.

PAIVA, E. P. **Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata**. Tese (Doutorado) UFRJ/EEAN/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2008. Disponível em: http://www.abennacional.org.br/Trabalhos/Elenir_Pereira_de_Paiva.pdf. Acesso em: 09

dez. 2017.

PAIVA, E. P.; MOTTA, M.C.S.; GRIEP, R.H. Barreiras em relação aos exames de rastreamento do câncer de próstata. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.19, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_11.pdf. Acesso em: 09 dez. 2017.

PUNGLIA, R. S. et al. Effect of verification bias on screening for prostate cancer by measurement of prostate-specific antigen. **New England Journal of Medicine**, v.349, p.335-42, 2003. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa021659>. Acesso em: 09 dez. 2017.

RHODEN, E. L.; AVERBECK, M. A. Câncer de próstata localizado. **Revista da AMRIGS**, v.54, p.92-99, 2010. Disponível em: http://www.amrigs.com.br/revista/54-01/20-488_cancer_de_prostata.pdf. Acesso em: 11 dez. 2017.

SBU. Sociedade Brasileira de Urologia. **Alerta para prevenção ao Câncer de Próstata**. Rio de Janeiro, p.05-13, jun. 2008. Disponível em: http://www.sbu.org/indexGeral.php?do=imprensa&sub=7&dado_id=195&site=geral. Acesso em: 11 dez. 2017.

SBU. Sociedade Brasileira de Urologia. **Campanha Novembro Azul**. 2014. Disponível em: <http://www.sbu.org.br/?campanha-novembro-azul-2014>. Acesso em: 11 dez. 2017.

SBU. Sociedade Brasileira de Urologia. **Sociedade Brasileira de Urologia lança recomendações para o câncer de próstata**. 2013. Disponível em: <http://www.sbu.org.br/?noticias&id=1701>. Acesso em: 11 dez. 2017.

VIEIRA, L. J. E. S, et al. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.13, p.145-152, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/18.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2017.

AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DE GRADUANDOS EM ENFERMAGEM

Fabiola Pansani Maniglia¹
Daniele Mendonça Santos²
Franciele Cristina Maria de Oliveira³
Júlio César Ribeiro⁴

Recebido em: 12 jul. 2018
Aceito em: 15 dez. 2018

RESUMO: A baixa qualidade da alimentação e o sedentarismo representam riscos para o acúmulo de gordura corporal e desenvolvimento de doenças já na juventude. O objetivo do estudo foi investigar o consumo alimentar e o estado nutricional de alunos do curso de Enfermagem por meio de atividade prática em uma disciplina curricular relacionada à nutrição. Trata-se de um estudo transversal feito com as informações obtidas durante o desenvolvimento de uma atividade da disciplina denominada "Aspectos nutricionais na assistência de enfermagem", na qual participaram 76 estudantes maiores de 18 anos. As informações nutricionais foram obtidas por meio de entrevista em pares, registro de um padrão alimentar e aplicação de um Questionário de Frequência Alimentar. Os integrantes do estudo eram na maioria mulheres (80,3%) e a idade média da amostra foi de $25,3 \pm 7,3$ anos. Muitos indivíduos apresentaram ingestão hídrica insuficiente, a qual se correlacionou negativamente com o consumo de refrigerante ($r = -0,254$ $p = 0,029$). 48,8% da amostra estava acima do peso corporal e 75% eram sedentários. O fracionamento alimentar foi considerado satisfatório, mas o consumo de frutas e hortaliças foi abaixo das recomendações ($0,6 \pm 0,9$; $1,7 \pm 1,2$ porções). Houve alto consumo de açúcar e gordura, identificado por itens, como o refrigerante e alimentos fritos. Acredita-se que a disciplina relacionada à nutrição, presente na grade curricular do curso, possa servir como uma importante ferramenta de estímulo a melhores hábitos de vida, partindo de práticas alimentares mais adequadas.

Palavras-chave: Consumo alimentar. Estado nutricional. Estudantes.

EVALUATION OF FOOD CONSUMPTION AND NUTRITIONAL STATUS OF UNDERGRADUATE NURSING STUDENTS

ABSTRACT: The poor quality of diet and the sedentary lifestyle increase the risk of body fat accumulation and the development of diseases as early as the youth. The objective of the study was to investigate the food consumption and the nutritional status of students of the Nursing course through practical activity in a curricular discipline related to nutrition. This is a cross-sectional study carried out with the information obtained during the development of an activity of the discipline called "Nutritional Aspects in Nursing Care", in which 76 students older than 18 years participated. The nutritional information was obtained by a paired interview, recording a food pattern and

¹ Universidade de Franca.

² Universidade de Franca.

³ Universidade de Franca.

⁴ Universidade de Franca.

applying a Food Frequency Questionnaire. The study participants were mostly female (80.3%) and the mean age of the sample was 25.3 ± 7.3 years. Many subjects presented insufficient water intake, which correlated negatively with the soda consumption ($r = -0.254$ $p = 0.029$). 48.8% of the sample was overweight and 75% were sedentary. The number of meals was considered satisfactory, but consumption of fruits and vegetables was below the recommendations (0.6 ± 0.9 , 1.7 ± 1.2 portions). There was high consumption of sugar and fat, identified by items such as soda and fried foods. It is believed that the discipline related to nutrition, present in the curriculum of the course, can serve as an important tool to stimulate better life habits, starting from more appropriate eating practices.

Keywords: Food consumption. Nutritional status. Students.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o Brasil tem passado por uma rápida transição demográfica, epidemiológica e nutricional. Doenças agudas e infecciosas têm dado lugar às doenças crônicas provocadas especialmente pelos maus hábitos de vida (BRASIL, 2014; SCHMIDT; DUNCAN; AZEVEDO E SILVA et. al., 2011).

A baixa qualidade da alimentação, aliada ao sedentarismo, compõem atualmente as principais causas de obesidade e, conseqüentemente, de doenças crônicas como o *diabetes mellitus* e as doenças cardiovasculares (SCHMIDT; DUNCAN; AZEVEDO E SILVA et. al., 2011).

Dados apresentados pelo Vigitel no ano de 2016 mostraram que mais da metade da população brasileira se encontra com excesso de peso. A pesquisa ainda chama a atenção para o crescimento deste índice nos últimos dez anos, que passou de 42,6% em 2006 para 53,8% em 2016 (BRASIL, 2016).

Estudiosos afirmam que as modificações no consumo alimentar que contribuem para o ganho de peso estão relacionadas ao aumento do consumo de alimentos fora de casa, como em restaurantes, padarias, redes de *fast food*, dentre outros locais. Além disso, muitas vezes este padrão de consumo alimentar está associado à ingestão de produtos predominantemente ultra processados, os quais estão intimamente ligados ao desenvolvimento das doenças crônicas (BEZERRA; MOREIRA; CAVALCANTE, 2017; LOUZADA; MARTINS; CANELLA, 2015).

Pesquisadores afirmam que esta característica de consumo é motivada pela economia de tempo na organização do armazenamento e preparo dos alimentos e afirmam que esta realidade é bastante evidente em indivíduos em fase universitária, quando as atribuições da vida estudantil, associadas a mudanças sociais, dificultam a possibilidade de uma alimentação mais natural e saudável (LOUZADA; MARTINS; CANELLA, 2015, DALIENS; CLARYS; DE BOURDEAUDHUJI, 2014).

É importante considerar que universitários da área da saúde devam conhecer a importância de uma alimentação de boa qualidade na prevenção de doenças e manutenção da saúde, especialmente, porque vez ou outra, enfrentarão questões nutricionais de seus

pacientes. Devido a esta realidade e até mesmo à necessidade de repensar o próprio comportamento alimentar, cursos de enfermagem têm introduzido alguma disciplina da área da nutrição na formação de seus alunos (FERESIN; SONZOGNO, 2007).

Com base nos fatos abordados acima, o presente estudo tem como objetivo investigar o consumo alimentar e o estado nutricional de alunos do curso de Enfermagem por meio de atividade prática em uma disciplina curricular relacionada à nutrição.

MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho foi realizado com estudantes do curso de Enfermagem da Universidade de Franca e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta mesma instituição de acordo com o Processo número 83061718.9.0000.5495 em março de 2018.

A pesquisa contou com uma amostra de conveniência formada por 76 voluntários, sendo 61 mulheres e 15 homens, com idade entre 18 e 45 anos. Todos os sujeitos assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a disponibilização dos seus dados para a realização do estudo.

Trata-se de um estudo transversal feito com as informações obtidas durante o desenvolvimento de uma atividade da disciplina denominada “Aspectos nutricionais na assistência de enfermagem”. Os alunos foram alocados em duplas e orientados a realizarem entrevistas com seus pares de forma a obterem informações nutricionais por meio do registro de um padrão alimentar e da aplicação de um Questionário de Frequência Alimentar. Os registros alimentares foram então calculados com o auxílio do *software* DietPro versão 5i para que se pudesse estimar o consumo energético e de macronutrientes e, posteriormente, compará-lo às necessidades e recomendações diárias de ingestão das *Dietary Reference Intakes* (DRI) (INSTITUTE OF MEDICINE, 2002).

Quanto aos dados antropométricos, foram anotados os valores de peso e estatura dos integrantes do estudo para a obtenção do Índice de Massa Corporal (IMC), o qual foi classificado de acordo com as faixas propostas pela *World Health Organization* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997). Também foram questionados os hábitos urinário e intestinal, bem como a ingestão hídrica e a prática de exercícios físicos. Vale mencionar que para uma possível identificação de constipação intestinal, adotou-se os Critérios de Roma III, disponibilizados pela Organização Mundial de Gastroenterologia (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION, 2010).

Posteriormente, todos os dados foram tabulados para a realização da análise descritiva por meio da obtenção dos valores de média, desvio-padrão, mediana, mínimo e máximo e análise estatística. Para a verificação de associação entre as variáveis foi empregado o Teste de correlação de Pearson e para avaliar a diferença entre grupo, aplicou-se o Teste ANOVA (Análise de variância) com post hoc de Bonferroni. O nível de significância considerado foi 0,05.

RESULTADOS

Durante a obtenção das informações utilizadas no presente estudo foi possível notar a dificuldade dos alunos em quantificar o próprio consumo alimentar, bem como a ingestão hídrica. A respeito da ingestão de água, especificamente, foi encontrada uma correlação positiva entre a mesma e a realização de atividade física ($r=0,355$ $p=0,002$) e uma correlação negativa com consumo de refrigerante ($r= -0,254$ $p=0,029$).

A ingestão de água não se correlacionou com o trânsito intestinal, que assim como o hábito urinário, foi difícil de ser caracterizado pela falta de costume dos alunos em os observarem. Boa parte dos integrantes do estudo referiram hábito intestinal normal, mas não sabiam caracterizar a frequência e o aspecto das fezes. Dentre aqueles indivíduos que sabiam descrever o trânsito intestinal, verificou-se que 17 apresentavam constipação intestinal, caracterizada por menos de três movimentos intestinais por semana, esforço evacuatório e presença de fezes fragmentadas ou endurecidas.

Sobre os dados antropométricos de peso e estatura, estes foram facilmente apontados pelos indivíduos.

A Tabela 1 resume os principais dados de caracterização dos participantes do estudo.

Tabela 1. Caracterização da população do estudo (n = 76). Franca – SP, 2017.

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	61	80,3
Masculino	15	19,7
Idade		
18 a 25 anos	50	65,8
26 a 34 anos	15	19,7
33 a 45 anos	11	14,5
Exercício físico		
Sim	19	25,0
Não	57	75,0
Classificação do estado nutricional pelo IMC		
Baixo peso	9	11,8
Eutrofia	30	39,4
Sobrepeso	25	32,9
Obesidade	12	15,9
Porcentagem de adequação da ingestão hídrica		
0 a 50%	22	28,9
51 a 90%	33	43,4
91 a 120%	18	23,7
> 120%	3	4,0

A média e o desvio padrão da idade dos alunos foram $25,3 \pm 7,3$ anos.

Dentre os 19 indivíduos que praticavam algum exercício físico, a frequência variou entre 1 e 7 vezes na semana, sendo o valor da mediana correspondente a 3.

Sobre os dados dietéticos, a Tabela 2 apresenta os valores estimados de energia e macronutrientes, bem como das porções de fruta e hortaliça consumidas pelos participantes. Vale ressaltar que de acordo com os valores estimados de gasto energético e consumo calórico, apenas 5 indivíduos apresentaram uma porcentagem de adequação destes valores entre 95 e 105%.

Com relação ao número de refeições consumidas, obteve-se um valor médio diário de $5,2 \pm 1,7$, sendo que 11,8% dos indivíduos faziam 2 ou 3 refeições diárias, enquanto 48,7% apresentavam um fracionamento de 4 ou 5 refeições e 39,5% faziam 6 ou mais refeições diárias.

O consumo diário de refrigerante foi relatado por 27,6% dos integrantes do estudo e 31,6% afirmaram consumir alimento frito diariamente.

Tabela 2. Valores estimados do consumo alimentar diário dos participantes da pesquisa (n = 76). Franca – SP, 2017.

Variável	Média	DP	Mínimo	Mediana	Máximo
Energia (kcal)	1899,0	840,2	907,0	1684,2	3408,0
Energia/kg/dia (kcal)	28,1	13,6	11,3	25,0	59,8
Carboidratos (%)	50,5	11,0	39,4	51,2	71,8
Lipídios (%)	31,0	8,7	19,6	29,9	37,0
Proteínas (%)	18,5	6,3	8,6	17,0	24,8
Proteína/kg/dia (g)	1,2	0,7	0,4	1,1	3,5
Fruta (porção)	0,6	0,9	0,0	0,0	5,0
Hortaliça (porção)	1,7	1,2	0,0	2,0	5,0

Ao separar os indivíduos pelo estado nutricional em 4 grupos (subnutrido, eutrófico, sobrepeso e obeso) observou-se diferença estatisticamente significativa na variável energia/kg/dia entre os grupos eutrófico e sobrepeso ($p=0,047$) e eutrófico e subnutrido ($p=0,001$). Também houve diferença entre todos os grupos quando avaliada a razão gasto energético/kg peso.

DISCUSSÃO

Os estudantes de Enfermagem que integraram a pesquisa eram majoritariamente jovens adultos do sexo feminino, que se encontravam com excesso de peso. Gasparetto e Silva (2012) realizaram um estudo com 112 universitários da área da saúde e verificaram que aqueles pertencentes ao curso de Enfermagem, também predominantemente do sexo feminino e com idade semelhante à da presente amostra, apresentavam maiores valores do Índice de Massa Corporal (IMC), comparado aos estudantes dos cursos de Nutrição, Fisioterapia e Educação Física. Os autores ainda destacaram que o aumento do IMC

nesses indivíduos tende a se estender na vida profissional, merecendo atenção e intervenção adequadas (GASPARETTO; DA COSTA E SILVA, 2012).

Sabe-se que o aumento do peso corporal pode estar associado ao nível de atividade física. No presente estudo, apenas 25% dos participantes eram fisicamente ativos e a maioria praticava exercícios 3 vezes na semana. Além disso, percebeu-se que quando separados pelo estado nutricional, todos os grupos (subnutrido, eutrófico, sobrepeso e obeso) diferiram quanto à razão gasto energético por peso corporal. Um estudo realizado por graduandos em Enfermagem, publicado em 2014, investigou a prática de exercício físico por estudantes universitários de diferentes cursos e encontrou que 77,2% dos sujeitos eram sedentários (DOS SANTOS; BRITO; NETO et al., 2014). O alto índice de sedentarismo também foi evidenciado por Marcondelli e colaboradores (2008) ao avaliarem os hábitos de vida de universitários da área da saúde. Os autores constataram ainda que os cursos de Enfermagem e Medicina tinham os maiores valores de IMC e as maiores taxas de inatividade física, e que as principais justificativas para a baixa prática de exercícios foram a falta de tempo, seguida dos recursos financeiros insuficientes (MARCONDELLI; COSTA; SCHMITZ; 2008). Além do gasto energético, promovido pelo exercício, a alimentação também deve ser considerada como fator primordial e determinante do estado nutricional.

A dificuldade em quantificar a alimentação pelos estudantes avaliados no presente estudo é uma situação bastante discutida pelos pesquisadores da área de investigação do consumo alimentar. No trabalho de revisão de Fisberg, Marchioni e Colucci (2009) são apresentados diferentes motivos pelos quais o entrevistado não consegue descrever com precisão as informações sobre sua alimentação. O esquecimento e a omissão proposital dos alimentos considerados menos saudáveis são muitas vezes apontados como os principais erros na identificação do consumo alimentar (FISBERG; MARCHIONI; COLUCCI, 2009).

O número médio de refeições realizadas pelos estudantes no presente estudo pareceu satisfatório, especialmente quando comparado aos achados de Loureiro (2016) ao realizar uma revisão bibliográfica sobre o estado nutricional e os hábitos alimentares de universitários. Os dados levantados pela pesquisadora mostraram que apenas 5% de um grupo de estudantes declararam fazer seis refeições por dia, sendo que a maioria relatou fazer quatro refeições. Em outro estudo analisado por Loureiro (2016), cerca de 60% dos acadêmicos informaram não realizar as três refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) diariamente (LOUREIRO, 2016).

A respeito da análise quantitativa da alimentação dos indivíduos, esta mostrou que apesar do valor médio do consumo energético ser condizente com as características desta população, quando analisada a adequação entre o gasto e o consumo energético, apenas 5 participantes apresentaram porcentagens entre 95 e 105%. Também foi possível notar que o consumo energético dos indivíduos eutróficos foi significativamente diferente daqueles classificados como subnutrido ou sobrepeso, como era de se esperar.

Estudiosos apontam que apesar do entendimento básico sobre nutrição, por serem

estudantes universitários da área da saúde, muitas vezes o valor energético consumido não está de acordo com as necessidades reais do indivíduo, o que pode comprometer o seu estado nutricional, levando à perda ou ao ganho ponderal (SOAR; DE SOUZA E SILVA; LIRA, 2012).

Já os macronutrientes também tiveram valores médios adequados quanto à porcentagem de distribuição, segundo as *Dietary Reference Intakes* (DRI) (INSTITUTE OF MEDICINE, 2002). Mas quando analisada a qualidade da alimentação, por meio do consumo de frutas e hortaliças, percebeu-se que a ingestão destes itens foi abaixo da recomendação do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014).

Carneiro e colaboradores (2016) investigaram o consumo alimentar habitual de alunos da Universidade Federal do Pará e encontraram valores correspondentes a $1,84 \pm 1,26$ e $1,11 \pm 0,33$ porções diárias de frutas e hortaliças, respectivamente. Apesar da ingestão destes vegetais ter sido superior à verificada no presente estudo, esta ainda se encontra insuficiente (CARNEIRO; LIMA; MARINHO, 2016).

Já o consumo diário de refrigerante foi referido por uma parcela importante da amostra avaliada, assim como a ingestão de alimentos fritos todos os dias. Práticas alimentares como estas são amplamente verificadas no ambiente universitário e fazem com que se exceda a quantidade máxima permitida para o consumo de açúcares simples e gorduras de adição (BRASIL, 2014; LOUREIRO, 2016). Ainda sobre o refrigerante, foi verificada uma correlação inversa do seu consumo com a ingestão de água pelos estudantes, dos quais 72,3% atingiram no máximo 90% de adequação da ingestão hídrica. Por meio de uma revisão sistemática, pesquisadores constataram esta mesma relação entre a alta ingestão de bebidas açucaradas e a baixa ingestão de água e os mesmos ainda enfatizaram a necessidade de promover palestras e atividades educativas sobre o assunto para o público infantil, já que nos adolescentes e adultos parece ser mais difícil atingir modificações neste padrão de consumo (VARGAS-GARCIA; EVANS; PRESTWICH et al., 2017). Também pôde-se notar que os indivíduos praticantes de exercício físico ingeriam volumes diários maiores de água e que esta não esteve associada ao hábito intestinal da população. Acredita-se que a maior ingestão hídrica nos alunos fisicamente ativos seja um fato justificado pelo aumento da transpiração, provocado pelo exercício, que leva a uma necessidade de reposição da água corporal perdida (MORA-RODRIGUEZ; ORTEGAF. FERNANDEZ-ELIAS, 2016).

É importante destacar que os estudiosos confirmam a substituição de alimentos naturais, como os vegetais, por itens industrializados não só entre estudantes universitários, mas também na população brasileira em geral, e apontam as doenças crônicas, especialmente decorrentes da obesidade, como o principal risco em adotar este hábito (LOUZADA; MARTINS; CANELLA, 2015; LOUREIRO, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados do presente estudo permitiram concluir que os alunos de Enfermagem avaliados eram predominantemente sedentários, encontravam-se acima do peso corporal e apresentavam baixo consumo de frutas e hortaliças, ingestão hídrica insuficiente e consumo elevado de açúcares e gordura.

Acredita-se que a disciplina relacionada à nutrição, presente na grade curricular do curso, possa servir como uma importante ferramenta de estímulo a melhores hábitos de vida, partindo de práticas alimentares mais adequadas.

REFERÊNCIAS

BEZERRA, Ilana Nogueira; MOREIRA, Tyciane Maria Vieira; CAVALCANTE, Jessica Brito. et. al. Alimentação fora do lar no Brasil segundo locais de aquisição. **Rev Saúde Pública**, v. 51, n. 15, p. 1-8, 2017.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não transmissíveis e Promoção da Saúde. VIGITEL Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

CARNEIRO, Maria de Nazareth de Lima; LIMA, Priscyla Souza de; MARINHO, Lorrany Miranda. et al. Estado nutricional de estudantes universitários associados aos hábitos alimentares. **Rev Soc Bras Clin Med**, v. 14, n. 2, p. 84-8, 2016.

DELIENS, Tom; CLARYS, Peter; DE BOURDEAUDHUJI, Ilse. et al. Determinants of eating behaviour in university students: a qualitative study using focus group discussions. **BMC Public Health**, v. 14, n. 53, p. 1-12, 2014.

DOS SANTOS, Leiany Rodrigues; BRITO, Emmanuel Calisto da Costa; NETO, José Cláudio Garcia Lira. et al. Análise do sedentarismo em estudantes universitários. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 3, p. 416-21, 2014.

FERESIN, Cátia; SONZOGNO, Maria Cecília. Reflexões sobre a inserção da disciplina de nutrição na formação do enfermeiro. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 6, 2007.

FISBERG, Regina Mara; MARCHIONI, Dirce Maria Lobo; COLUCCI, Ana Carolina Almada. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 53, n. 5, p. 617-624, 2009.

GASPARETTO, Rosa Maria; DA COSTA E SILVA, Rosana Carolo. Perfil antropométrico dos universitários dos cursos de nutrição, enfermagem, fisioterapia e educação física do Centro Universitário La Salle, Canoas/RS. **Rev. Assoc. Bras. Nutr**, v. 4, n. 5, p. 29-33,

2012.

INSTITUTE OF MEDICINE. Food and Nutrition Board. Energy. In: Institute of Medicine. Food and Nutrition Board, ed. Dietary Reference Intakes – Energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein, and amino acids. Washington (DC): The National Academy Press; 2002. p.107-264.

LOUREIRO, Marina Paraluppi. Estado nutricional e hábitos alimentares de universitários. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 23, n. 2, p. 955-972, 2016.

LOUZADA, Maria Laura da Costa; MARTINS, Ana Paula Bortoletto; CANELLA, Daniela Silva. et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 49, n. 38, p. 1-11, 2015.

MARCONDELLI, Priscilla; COSTA, Teresa Helena Macedo da; SCHMITZ, Bethsáida de Abreu Soares. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. **Rev. Nutr.**, v. 21, n. 1, p. 39-47, 2008.

MORA-RODRIGUEZ, Ricardo; ORTEGA, Juan F. FERNANDEZ-ELIAS, Valentin E. et al. Influence of Physical Activity and Ambient Temperature on Hydration: The European Hydration Research Study (EHRS). **Nutrients**, v. 8, n. 252, p. 1-13, 2016.

SCHMIDT, Maria Inês; DUNCAN, Bruce Bartholow; AZEVEDO E SILVA, Gulnar. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-61, 2011.

SOAR, Cláudia; DE SOUZA E SILVA, Patricia; LIRA, Janaína Guarino. Consumo alimentar e atividade física de estudantes universitários da área de saúde. **Revista Univap**, v. 18, n. 31, p. 41-47, 2012.

VARGAS-GARCIA, E.J; EVANS, C.E.L; PRESTWICH, A. et al. Interventions to reduce consumption of sugar-sweetened beverages or increase water intake: evidence from a systematic review and meta-analysis. **Obesity Reviews**, v. 18, 1350-1363, 2017.

WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANISATION (WGO). **WGO Practice Guidelines: Constipação: uma perspectiva mundial**. 2010. Disponível em: <<http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/constipation-portuguese-2010.pdf>>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneve; 1997.

FICHAS DE NOTIFICAÇÃO DA LEISHMANIOSE VISCERAL: A TECNOLOGIA COMO ALIADA

Larissa de Sá Carvalho¹
Lorena Maria Souza Rosas²
Herydiane Rodrigues Correia Wanderley³
Marcelo Domingues de Faria⁴

Recebido em: 02 fev. 2018
Aceito em: 13 nov. 2018

RESUMO: Com o avanço da tecnologia, evidenciou-se a importância da criação de sistemas de saúde voltados para a compilação dos dados, visando agrupar as informações e melhorar os serviços prestados. Uma das doenças de notificação compulsória é a Leishmaniose visceral (LV) humana - uma doença crônica, sistêmica e todo caso suspeito ou confirmado deve ser notificado e investigado pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). O presente trabalho teve como objetivo evidenciar a importância da completude das fichas de notificação para a eficácia do SINAN. Foi realizado um estudo avaliativo, descritivo, retrospectivo, com dados secundários dos casos confirmados de LV, residentes em Petrolina (PE), no período de 2011 a 2016, registrados na base de dados municipal do SINAN. Para tecnologia em serviços de saúde, houve revisão de literatura em base de dados. Todas as variáveis estudadas foram transcritas no programa *Microsoft Excel*[®]. Considerou-se as Categorias: (1) 0% a 25% de preenchimento nos campos das fichas analisadas; (2) 25,1% a 50%; (3) 0,1% a 75% e; (4) 75,1% a 100%. Foram confirmados 191 casos de LV nos residentes. Foram analisadas 18 variáveis e, dentre elas, sete (38,9%) se enquadraram na Categoria 2, uma (5,5%) na Categoria 3 e dez (55,5%) na Categoria 4. No que se refere ao SINAN, sua alimentação e utilização efetiva permite a realização de diagnóstico dinâmico da ocorrência de eventos na população. Sobre a informação nos sistemas de gestão em saúde, esta é considerada uma importante ferramenta para a dinâmica organizacional.

Palavras-chave: Sistema de Informação em Saúde. Notificação de Agravos. Qualidade da informação.

THE VISCERAL LEISHMANIOSIS NOTIFICATION RECORDS: THE TECHNOLOGY AS ALLY

ABSTRACT: With the advancement of technology, the importance of the creation of health systems aimed at systematizing the data was evidenced, aiming the grouping of information and improvement of the health service. One of the compulsory

¹ Larissa de Sá Carvalho, Mestranda, Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), larissaveterinaria@yahoo.com.

² Lorena Maria Souza Rosas, Mestranda, Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), lorenasouzarosas@outlook.com.

³ Herydiane Rodrigues Correia Wanderley, Mestranda, Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), herydiane@hotmail.com.

⁴ Marcelo Domingues de Faria, Professor Orientador, Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), marcelo.faria@univasf.edu.br.

notification diseases is human visceral leishmaniasis, which is a chronic, systemic disease and any suspected or confirmed case must be notified and investigated by the Notification of Injury Information System (SINAN). Thus, the present study aimed to highlight the importance of completeness of the notification forms for the effectiveness of SINAN. An evaluative, descriptive, retrospective study was conducted with secondary data from the confirmed cases of LV, residing in Petrolina (PE), from 2011 to 2016, registered in the SINAN municipal database. For technology in health services, there was literature review in database. All variables studied were transcribed in the Microsoft Excel® program. The following categories were considered: (1) 0% to 25% of completion in the fields analyzed; (2) 25.1% to 50%; (3) 50.1% to 75% and; (4) 75.1 % to 100%. We confirmed 191 cases of LV in the residents. Eighteen variables were analyzed, and seven (38.9%) were classified as Category 2, one (5.5%) in Category 3 and ten (55.5%) in Category 4. Among them, SINAN, its feeding and effective utilization allows the performance of a dynamic diagnosis of the occurrence of events in the population. On information in health management systems, this is considered an important tool for organizational dynamics.

Keywords: Health Information System. Related searches. Quality of information.

INTRODUÇÃO

Com o avanço da tecnologia, pôde-se evidenciar a criação de vários sistemas de saúde voltados para a sistematização de dados, visando o agrupamento de informações e, conseqüentemente, a melhoria do serviço de saúde. Dentre estes sistemas de saúde, pode-se destacar o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), que conta com acervo abrangente de dados secundários para a eficácia do Sistema Único de Saúde (SUS), aumentando ainda mais a aplicabilidade destes modelos (BRASIL, 2009).

Pode-se citar, ainda, outros sistemas importantes ao agrupamento de informações, a exemplo do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), da Pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), da Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária (AMS) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Na década de 1990, foi desenvolvido o SINAN - um sistema de informação nacional contínuo -, cujo principal objetivo é inserir, no sistema, os casos confirmados das doenças de notificação obrigatória, visando a coleta, a transmissão e a disseminação de dados gerados pelas três esferas do governo (BRASIL, 2007). A implementação deste sistema significou um importante avanço, pois favoreceu a padronização do preenchimento do banco de dados, facilitando análises epidemiológicas no país. As informações resultantes, geradas através da coleta e preenchimento de dados, servem de subsídio para a criação de perfis epidemiológicos, visando ações de prevenção, monitoramento e avaliação dos fatores de risco e objetivando o controle e o combate dos agravos (FAÇANHA et al., 2003).

A Portaria nº 204, publicada em 17 de fevereiro de 2016, define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de

saúde públicos e privados em todo o território nacional a serem registrados pelo SINAN e, dentre eles, pode-se destacar a leishmaniose visceral – LV (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016), que é considerada umas das zoonoses mais importantes da atualidade, por sua ampla distribuição e alta letalidade, atingindo, em sua maioria, crianças e idosos (BRASIL, 2006).

O *Lutzomyia longipalpis* e *Lutzomyia cruzi*, conhecidos como mosquito palha ou birigui, são os vetores responsáveis pela transmissão da doença ao homem, que se dá através da picada da fêmea infectada com o protozoário *Leishmania chagasi*, tendo como reservatório, na área urbana, o cão; e no ambiente silvestre, a raposa (BRASIL, 2011a).

A LV humana é uma doença crônica, sistêmica, que tem como principais sintomas hipertermia prolongada, perda de peso, astenia, hepatoesplenomegalia e anemia que, se não tratados, podem levar ao óbito em 90% dos casos (BRASIL, 2011b). Sua notificação é compulsória e todo caso suspeito ou confirmado deve ser notificado e, posteriormente, investigado pelo SINAN (BRASIL, 2016).

Entre os anos 1984 a 2002, foram notificados mais de 48.400 casos de leishmaniose, predominantemente nos estados da Bahia, Ceará, Maranhão e Piauí, totalizando 66% do total de casos. Na década de 90, a região Nordeste do país foi responsável por cerca de 90% dos casos notificados, com redução para 77% deles por volta dos anos 2000 a 2002 (BRASIL, 2006), o que pode demonstrar a expansão geográfica da doença.

O SINAN estabelece a Ficha Individual de Notificação (FIN) como instrumento necessário para preenchimento, quando da suspeita ou confirmação dos agravos e doenças presentes nas listas de notificação compulsória e imediata, de interesse nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2017). Tais fichas são preenchidas manualmente por médicos, profissionais de saúde ou responsáveis por serviços públicos e privados de saúde que prestem serviço ao paciente, mediante a suspeita ou a confirmação do diagnóstico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

As referidas fichas são compostas por campos de preenchimento obrigatório e essenciais. Os campos de preenchimento obrigatório da FIN são aqueles cuja ausência do dado impossibilita a inclusão da notificação ou da investigação no Sistema, enquanto que os campos essenciais são aqueles que, apesar de não serem obrigatórios, registram dados necessários à investigação do caso ou ao cálculo de indicadores epidemiológicos ou operacionais (BRASIL, 2017).

A completude é um atributo importante na qualidade da informação, que resulta da inclusão de todos os dados necessários para responder a uma questão de determinado problema. No âmbito dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS), pode ser entendida como “o grau em que os registros de um sistema de informação possuem valores não nulos” (ENGLISH, 1999). Com a municipalização do SUS, a alimentação dos sistemas de informação em saúde passou a ser de responsabilidade dos municípios, cabendo à gestão estadual o acompanhamento e repasse periódico dos dados ao Ministério da Saúde.

O gerenciamento da qualidade da informação dos SIS do Brasil ainda não é realizado de forma organizada e sistemática, avaliando-se apenas partes do ciclo de produção da informação. Diversos aspectos podem ser considerados na avaliação de SIS, como confiabilidade, validade, cobertura e completitude, no entanto, esta última é a segunda dimensão mais avaliada nas análises (LIMA et al., 2009).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 02/2010 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabelece em seu conteúdo o significado de tecnologias em saúde, no qual, fixa como o agregado de produtos com a finalidade em saúde (equipamentos médicos/odontológicos, medicamentos e insumos médico-hospitalares) e de mecanismos empregados no fornecimento de serviços de saúde (ANVISA, 2010).

A rapidez com que as tecnologias se incorporam no cotidiano está cada vez mais evidente. Estas são utilizadas em vários contextos, inclusive nos sistemas de saúde, uma vez que demonstram a capacidade de fortalecer e ampliar a eficiência dos mesmos. A utilização de formulários preenchidos manualmente dificulta a análise, o tratamento e a troca de informações entre os diferentes órgãos interessados nos dados obtidos (SILVA; BARBOSA, 2014).

Desse modo, o presente estudo teve como objetivo evidenciar a importância da completude das fichas de notificação para a eficácia do SINAN.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo avaliativo, descritivo, retrospectivo, com dados secundários dos casos confirmados de LV, residentes em Petrolina (PE), no período de 2011 a 2016, registrados na base de dados municipal do SINAN. Além disto, para conhecimento sobre tecnologia em serviços de saúde, foi realizada uma revisão de literatura acerca dos estudos disponíveis.

O município de Petrolina está situado no extremo oeste do estado de Pernambuco, com população estimada em 337.683 (IBGE, 2016) e é sede tanto da VIII Regional de Saúde, quanto da IV Macrorregião de Saúde do Estado.

A coleta dos dados foi feita na base municipal do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no ano de 2017, por pesquisadores vinculados ao Programa de Pós-Graduação Ciências da Saúde e Biológicas da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Foram incluídas no estudo todas as fichas de pacientes confirmados para LV e notificados no SINAN no período analisado.

As variáveis de interesse para análise de completude foram os campos essenciais e de preenchimento obrigatório das fichas de notificação da LV, obtidos do Roteiro para uso do SINAN Net, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais. Desta forma, foram analisadas as variáveis descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Lista de variáveis obrigatórias e essenciais utilizadas para análise de completude das fichas de notificação da Leishmaniose Visceral.

Variáveis obrigatórias	Variáveis essenciais
Data da investigação	Data do início do tratamento
Sinais e sintomas	Droga inicial administrada
Co-infecção HIV	Dose prescrita em MG/KG/DIA
Diagnóstico Parasitológico	Sb ⁺
Diagnóstico Imunológico IFI	Evolução do caso
Diagnóstico Imunológico – OUTRO	Data do encerramento
Tipo de Entrada	
Classificação Final	
Critério de Confirmação	
O caso é autóctone do município de residência	
Local provável da fonte de infecção UF	
Local provável da fonte de infecção País	
Local provável da fonte de infecção Município	

Fonte: Roteiro para uso do SINAN Net.

A análise da completude baseou-se na classificação do SINAN para avaliação qualitativa, utilizada por Lírio et al. (2015), estabelecendo a divisão exposta no Quadro 2. Os campos ignorados e os deixados em branco foram considerados dados incompletos.

Quadro 2 – Critérios utilizados para classificação das variáveis estudadas na análise qualitativa de completude da Leishmaniose Visceral.

Categoria	Descrição
1	0 a 25% de completude
2	25,1% a 50% de completude
3	50,1% a 75% de completude
4	75,1% a 100% de completude

Todas as variáveis estudadas foram transcritas no programa *Microsoft Excel*[®] para processamento e obtenção dos resultados e analisadas por meio de estatísticas descritivas com dados percentuais.

Os pesquisadores envolvidos assinaram termo de sigilo e confidencialidade, no qual se comprometeram a preservar as informações contidas nas fichas analisadas. Os dados de identificação dos sujeitos não fizeram parte do protocolo de coleta de dados, garantindo o anonimato dos indivíduos notificados. Por tratar-se de estudo com dados exclusivamente secundários, não foi preciso submetê-lo ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2011 a 2016, foram confirmados 191 casos de LV em residentes do município de Petrolina. Foram analisadas 18 variáveis e, dentre elas, sete (38,9%) se enquadraram na Categoria 2; uma (5,5%) na Categoria 3 e; dez (55,5%) na Categoria 4 (TABELA 1).

Tabela 1 – Número de variáveis por categoria de completude em casos de Leishmaniose Visceral, no período de 2011 a 2016, Petrolina – PE.

Categoria de completude	Variáveis	
	N	%
1 (0,0 a 25,0%)	0	0,0
2 (25,1 a 50,0%)	7	38,9
3 (50,1 a 75,0%)	1	5,5
4 (75,1 a 100,0%)	10	55,5
Total	18	100

Observou-se maior fragilidade no preenchimento da variável “Dose prescrita em MG/KG/DIA Sb⁺⁵”, em que apenas 51 fichas (26,70%) tiveram esse campo preenchido. Em seguida, observou-se maior deficiência no preenchimento das variáveis relacionadas ao Local de provável da fonte de infecção (município, UF e país), com apenas 67 fichas (35%) com esses campos preenchidos (TABELA 1).

Embora as razões para a ocorrência de óbitos para LV ainda estejam desconhecidas, pode-se atribuir à falta de diagnóstico e tratamento adequado dos casos (LUZ et al., 2001). Diversos aspectos devem ser considerados para tratar o paciente de forma adequada, como a presença de co-morbidades, a droga escolhida, o tempo de início do tratamento e a dose prescrita. Dentre as fichas analisadas neste estudo, observou-se deficiência na qualidade do preenchimento da dose prescrita ao tratamento dos pacientes, comprometendo a informação para a gestão em saúde. A ausência de tais informações pode estar relacionada ao desconhecimento do próprio paciente, uma vez que existem dados que somente o mesmo pode fornecer.

Os resultados evidenciaram falhas significativas nos campos das fichas de notificação relacionadas com o local da infecção, que tem por objetivo, estabelecer o possível local de infecção do caso, de acordo com a história epidemiológica e conhecimento de ocorrência de outros casos em períodos anteriores. A caracterização da área de transmissão é de fundamental importância para o processo de investigação e adoção de medidas e controle (BRASIL, 2014).

Os resultados evidenciaram também que em apenas 93 fichas (48,69%) o Critério de confirmação foi informado. A mesma proporção foi observada em relação à variável “O caso é autóctone do município de residência?”. Em relação a variável de “Co-infecção HIV”, 135 foram preenchidos (70,68%) e 56 foram ignorados ou estavam sem preenchimento.

Na Tabela 2, estão descritas as variáveis obrigatórias referentes à LV, com seus diferentes graus de completude.

Tabela 2 - Completude das variáveis obrigatórias na notificação da Leishmaniose Visceral na base de dados do SINAN, no período de 2011 a 2016, Petrolina (PE).

Variável	Fichas preenchidas		Categoria de completude
	N	%	
Data da investigação	189	98,95	4
Sinais e sintomas	179	93,71	4
Co-infecção HIV	135	70,68	3
Diagnóstico parasitológico	189	98,95	4
Diagnóstico imunológico IFI	189	98,95	4
Diagnóstico imunológico – outro	189	98,95	4
Tipo de entrada	171	89,53	4
Classificação final	187	97,90	4
Critério de confirmação	93	48,69	2
O caso é autóctone do município de residência?	93	48,69	2
Local provável da fonte de infecção (UF)	67	35,00	2
Local provável da fonte de infecção (país)	67	35,00	2
Local provável da fonte de infecção (município)	67	35,00	2
Data do início do tratamento	95	49,74	2
Droga inicial administrada	159	83,25	4
Dose prescrita em MG/KG/DIA Sb ⁺⁵	51	26,70	2
Evolução do caso	176	92,15	4
Data do encerramento	191	100,00	4

Fonte: SINAN/SMS Petrolina.

Legenda - HIV: Vírus da Imunodeficiência humana; IFI: Imunofluorescência Indireta; UF: Unidade Federativa

A variável “O caso é autóctone do município de residência?” enquadrou-se na Categoria 2 do grau de preenchimento, o que corresponde a 48,69% do total das fichas analisadas, demonstrando que o município tem baixo controle da origem georreferencial da doença e, conseqüentemente, poderá ter dificuldade para aplicar medidas de controle e prevenção. Desta forma, a classificação de áreas para a vigilância e controle da LV estará comprometida, dado que as medidas de controle são particulares para cada cenário a ser trabalhado e serão mais efetivas apenas se aplicadas no local de transmissão (BRASIL, 2014).

O critério de confirmação do caso explicita o método utilizado pelo

profissional/serviço para diagnóstico do paciente. Um caso pode ser confirmado por critério laboratorial ou clínico-epidemiológico e essa variável também apresentou representatividade insipiente no seu preenchimento.

Insucessos na coleta de dados, além de produzirem aferição desacertada da dimensão do quesito, ainda geram alocações equivocadas dos recursos públicos para o combate e precaução da mazela (CERQUEIRA et al., 2010). Tal cenário pode ser atribuído à ausência da informação, ao despreparo dos profissionais de saúde quanto à importância do preenchimento correto da ficha, além de possível falha na gestão dos serviços de saúde local e de vigilância epidemiológica, que pode refletir problemas desde a assistência ao paciente até a digitação da ficha. Logo, a efetuação no processo de intercâmbio de informações e a implementação de estratégias no preenchimento das fichas de notificação oferecem maior habilidade para execução de tarefas, aquisição de informações da população abordada e produção dos dados.

De maneira geral, no que se refere ao SINAN, sua alimentação e utilização efetiva permite a realização de diagnóstico dinâmico da ocorrência de eventos na população, podendo fornecer subsídios para explicações causais dos agravos de notificação compulsória, além de indicar riscos aos quais as pessoas estão sujeitas, contribuindo, assim, à identificação da realidade epidemiológica de determinada área geográfica (JORGE et al., 2010).

Sobre a informação nos sistemas de gestão em saúde, esta é considerada ferramenta importante para a dinâmica organizacional, uma vez que abrange aspectos técnico-científicos, administrativos, econômicos e políticos (PINOCHET, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo mostrou que há falhas importantes no preenchimento das principais variáveis da Ficha da leishmaniose visceral no município de Petrolina (PE), entre os anos de 2011 e 2016. Embora esta falha não comprometa a notificação da LV no SINAN, a ausência dos mesmos pode prejudicar o acompanhamento e a evolução dos pacientes, comprometendo o tratamento e as políticas públicas para prevenção de novos casos.

É necessário, portanto, o incentivo à educação permanente dos profissionais de saúde em todos os níveis de atenção e atuação, ou a criação de um sistema de informação universal, que interligue todas as informações em único ambiente ou base de dados, oferecendo celeridade ao processo de alimentação dos sistemas. Só assim, os mesmos serão mais completos, refletindo a realidade do processo saúde-doença.

Evidencia-se, também, a relevância de uma equipe multidisciplinar com diferentes áreas de conhecimento empenhadas no desenvolvimento e na aplicação de tecnologias em saúde de forma holística, atuando, como instrumento de enriquecimento que contribua com a melhoria dos serviços prestados, bem como, com a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

- ANVISA, A. RDC 2, DE 25 DE JANEIRO DE 2010. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-2-de-25-de-janeiro-de-2010>>. Acesso em: 29 de novembro de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS**. 1. ed. Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 110 p, 2009.
- _____. Ministério da saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. 1. ed. atual. – Brasília, p. 533-537, 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Leishmaniose visceral: recomendações clínicas para redução da letalidade**. Brasília, p. 1-16, 2011a.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral**. Brasília, p. 07-55, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para diagnóstico, tratamento e acompanhamento de pacientes com a coinfeção Leishmania-HIV**. Brasília, p. 521-540, 2011b.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância e controle da leishmaniose visceral**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica, p. 19, 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Roteiro para uso do SINANNET, análise da qualidade da base de dados e cálculo de indicadores epidemiológicos e operacionais. **Caderno Geral**. 1. ed. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, Gerência Técnica do SINAN, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. **SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Portal da Saúde, 2016. Funcionamento. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/funcionamentos>>. Acesso em: 26 de abril de 2017.
- CERQUEIRA, A. C. B.; MIRANDA, A. E. B.; MACIE, E. L. N. Completude do banco de dados de gestante HIV positivo e de AIDS em menores de treze anos do sistema de informação de agravos de notificação: Vitória, 2000 a 2006. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 191-194, 2010.
- ENGLISH, L. P. Improving data warehouse and business information quality: methods for reducing costs and increasing profits. New York: John Wiley & Sons, 1999.
- FAÇANHA, M. C.; GUERREIRO, M. F. F.; PINHEIRO, A. C.; LIMA, J. R. C.; TEIXEIRA, G. F. D. Resgate de casos subnotificados de tuberculose em Fortaleza-CE, 2000-2002. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 11, n. 2, p. 13-16, 2003.
- JORGE, M. H. P. M.; LAURENTI, R.; GOTLIEB, S. L. D. Avaliação dos sistemas de informação em saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 07-18, 2010.
- LIMA, C. R. A.; SCHRAMM, J. M. A.; COELI, C. M.; SILVA, M. E. M. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de

informação em saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v. 25, n. 10, p. 2095-2109, 2009.

LÍRIO, M. et al. Completeness of tuberculosis reporting forms for disease control in individuals with HIV/AIDS in priority cities of Bahia state. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1143-1148, 2015.

LUZ, Z. M. P.; PIMENTA, D. N.; CABRAL, A. L.; FIÚZA, V. O.; RABELLO, A. A urbanização das leishmanioses e a baixa resolutividade diagnóstica em municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, p. 249-54, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 204, de 16 de fevereiro de 2016. **Define A Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública nos Serviços de Saúde Públicos e Privados em Todo O Território Nacional, nos Termos do Anexo, e Dá Outras Providências**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em: 29 de novembro de 2017.

Pernambuco – Petrolina – Informações completas. **IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2017. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/3CW>>. Acesso em: 05 de março de 2017.

PINOCHET, L. H. C. Tendências de Tecnologia de informação na gestão da saúde. **Mundo da Saúde**, v. 35, n. 4, p. 382 – 94, 2011.

SILVA, N. D. M. DA; BARBOSA, A. P. Implantação de Sistema de Notificação Eletrônica de Tecnologias em Saúde. Disponível em: <<http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2219>>. Acesso em: 29 de novembro de 2017.

SÍNDROME DE BURNOUT EM DOCENTES UNIVERSITÁRIOS DE INSTITUIÇÕES PRIVADAS

Andrea Loly Kraft Horta Barbosa¹
Rute Grossi-Milani²
Eraldo Schunk Silva³
Regiane da Silva Macuch⁴
Lucia Elaine Ranieri Cortez⁵

Recebido em: 12 fev. 2018
Aceito em: 15 out. 2018

RESUMO: A jornada de trabalho extenuante e os problemas sociais experimentados pelos docentes em instituições educacionais podem torná-los vulneráveis à síndrome de *Burnout*. Este estudo objetivou avaliar a síndrome de *Burnout* em docentes universitários de instituições privadas. Foi aplicado a 141 professores um questionário referente a variáveis sociodemográficas e atividade docente, e a Escala de Caracterização do *Burnout*. Os resultados foram descritos aplicando-se o teste Qui-quadrado para se verificar a associação entre o grau das dimensões “Exaustão Emocional”, “Desumanização” e “Decepção”. Para testar o efeito das dimensões sobre as variáveis empregou-se o teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste post-hoc de Dunn. A maioria dos docentes foi do sexo feminino, com idade abaixo de 40 anos e horistas. O tempo de atividade docente influenciou no aparecimento das dimensões exaustão, desumanização e decepção. Conclui-se que os índices apresentados pelos docentes nas dimensões sinalizam um processo de *Burnout* em curso.
Palavras-chave: *Burnout*. Trabalho docente. Stress ocupacional. Qualidade de vida no trabalho.

BURNOUT SYNDROME IN UNIVERSITY TEACHERS OF PRIVATE INSTITUTIONS

ABSTRACT: The fatiguing workday and the social problems experienced by teachers in Brazilian educational institutions can make them vulnerable to Burnout syndrome. This study aimed to evaluate the Burnout Syndrome in university teachers of private institutions in the northwest and west-central state of Paraná. It was applied to 141 teachers a questionnaire regarding sociodemographic variables and teaching activities. Also used the Burnout Characterization Scale. Data were described using frequency tables, using the chi-square test to verify the association between the degree of the dimensions "Emotional Exhaustion", "Dehumanization" and "Deception". To test the effect of the dimensions of the variables we used the Kruskal-Wallis test, followed by post-hoc Dunn test and a confidence level of 95% ($\alpha = 0.05$). The majority of teachers were female, aged below 40 years and hourly. The teaching activity of time influence the onset of dimensions Exhaustion, Dehumanization and Deception. It can be concluded that teachers have indexes as the dimensions, signaling an ongoing Burnout process.

¹ Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR.

² Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR.

³ Docente da Universidade Estadual de Maringá.

⁴ Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR.

⁵ Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR.

Keywords: Burnout. Health promotion. Teaching work. Occupational stress. Quality of work life.

INTRODUÇÃO

O mundo está passando por várias mudanças tecnológicas, científicas, econômicas, políticas, culturais e sociais em prejuízo à qualidade de vida. Há um acentuado aumento do estresse nos indivíduos, comprometendo sua saúde e bem-estar, além de efeitos importantes no cenário do trabalho (DA PAZ, 2014).

O trabalho sofreu muitas transformações nas últimas décadas e as diversas profissões, bem como a carreira docente, continuam passando por profundas mudanças, desde contratos flexíveis, aumento da carga horária e exigência de diversidade no trabalho, o que repercute na qualidade de vida profissional e saúde dos docentes (COUTINHO; LISBÔA, 2011).

A jornada de trabalho extenuante e os problemas sociais experimentados pelos docentes em suas instituições e salas de aula, adicionados ao acirrado processo brasileiro de desvalorização salarial contribui para o crescente adoecimento destes profissionais. Além disso, os educadores em instituições de ensino superior conciliam atividades pedagógicas, como pesquisa e extensão, atendendo questões relacionadas à produção científica, além de ter tarefas administrativas (VIEIRA et al., 2010).

As universidades estão em um contexto de evolução e globalização, o cenário do trabalho docente tem mudado constantemente, com aumento das exigências em relação ao profissional. As instituições buscam docentes qualificados e polivalentes para exercerem funções de acordo com suas demandas específicas, podendo estes profissionais ficarem vulneráveis e desenvolverem a síndrome de *Burnout* (ANDRADE; CARDOSO, 2012). Conforme Zambon (2014), o *Burnout* é o resultado de uma resposta emocional a uma situação de estresse crônico e prolongado no trabalho de profissionais, que têm como função o contato com outras pessoas.

Em relação aos fatores profissionais, os trabalhadores que desenvolvem a síndrome de *Burnout* apresentam grandes expectativas em relação ao seu desenvolvimento e desempenho, mas, em função de diferentes obstáculos, não alcançaram o retorno esperado. O nível de expectativa é drasticamente oposto à realidade, e estes profissionais que persistem em tentar alcançá-lo, tornam suas trajetórias tempestuosas e problemáticas, levando à diminuição de recursos individuais, comprometendo suas habilidades (ZAMBON, 2014). *Burnout* é o sofrimento vivenciado pelo educador diante deste impasse, entre o que pode realmente realizar e o que efetivamente consegue fazer. Este dilema é a raiz de suas aflições e dor (SILVA, 2014).

A síndrome de *Burnout* ou síndrome do esgotamento profissional é constituída por três elementos centrais: exaustão emocional, despersonalização e diminuição do envolvimento pessoal no trabalho (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001). Apesar dos

estudos acerca da síndrome de *Burnout*, no que se refere a sua avaliação, ainda se constitui uma situação de dificuldade para os pesquisadores, pois requerem estudos de validação e de adaptação dos instrumentos de acordo com a realidade da população a ser estudada. No Brasil, alguns autores adaptaram e validaram o Maslach *Burnout Inventory* (MBI), como Lautert (1997) e Tamayo (2003). No entanto, depararam-se com índices baixos de consistência interna para determinados fatores. A Escala de Caracterização do *Burnout* (ECB) foi desenvolvida para o uso com diferentes profissionais, como os de saúde, professores e policiais. É uma escala adaptada à cultura brasileira e seus fatores apresentam qualidades psicométricas superiores a outras versões brasileiras do MBI (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009).

Desde os primeiros estudos sobre a síndrome de *Burnout*, a categoria docente tem sido uma das mais investigadas (CARLOTTO, 2011) e a prevalência desta síndrome na classe do professorado é alta, podendo interferir no processo de ensino-aprendizagem (SILVEIRA et al., 2014). Diante desta problemática, este trabalho objetiva avaliar a síndrome em docentes de instituições privadas de ensino superior.

MÉTODO

PARTICIPANTES

A pesquisa transcorreu em quatro instituições privadas de ensino superior do noroeste e centro-oeste do Paraná. A amostra inicial foi de 359 docentes, mas participaram da pesquisa efetivamente 141 docentes de ambos os sexos. Foram excluídos professores que exercem somente atividades administrativas, docentes substitutos, e aqueles que estão nas instituições há menos de seis meses.

INSTRUMENTO

Foi utilizado um questionário autoaplicado sobre dados sociodemográficos (idade, sexo, renda, estado civil), acrescido de informações sobre aspectos profissionais (carga horária de trabalho, quantidade de alunos por sala e para orientação, vínculo empregatício, tempo de exercício de profissão). O instrumento aplicado para avaliar a síndrome de *Burnout* foi a ECB (TAMAYO; TRÓCCOLI, 2009).

A ECB é autoaplicada e analisa como o sujeito vivencia seu trabalho, de acordo com as três dimensões estabelecidas pelo modelo teórico de *Burnout*, proposto por Maslach. Neste instrumento, os autores nomearam os fatores componentes de *Burnout* de modo levemente diverso do que é frequentemente encontrado em estudos empíricos. Entretanto, as definições são muito próximas e representam o construto com índices

fidedignos no contexto brasileiro. A escala é constituída de 35 itens, distribuídos em três dimensões, com uma escala de resposta de 5 pontos: nunca (1) raramente (2) algumas vezes (3) frequentemente (4) e sempre (5). A primeira dimensão (exaustão emocional) agrupa 12 itens que transmitem a ideia de esgotamento, cansaço e desgaste no trabalho. A segunda (desumanização) agrupa dez itens que sugerem dureza emocional, desinteresse e atitudes negativas no trato com os usuários de seus serviços. E, por fim, a terceira dimensão do *Burnout* (decepção), que denota desânimo, desespero, frustração e inadequação no trabalho, que agrupa 13 itens.

PROCEDIMENTOS

Primeiramente, os professores foram abordados sobre o motivo do estudo e convidados a participar da pesquisa. Os docentes que concordaram foram esclarecidos de que esta pesquisa não apresentava finalidade avaliativa individual e ou institucional e que suas identidades seriam mantidas em sigilo e no anonimato. A coleta de dados aconteceu entre os meses de março a maio de 2015, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob parecer nº 006685/2015. Os docentes foram entrevistados na sala dos professores, por ordem de chegada após assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE).

Os dados foram descritos por meio de tabelas de frequência simples e cruzadas. Para a avaliação do grau de linearidade entre as dimensões “Exaustão Emocional”, “Desumanização” e “Decepção” e as variáveis idade, tempo de exercício da profissão, tempo de formação, número de vínculos, número de alunos, carga horária dedicada às atividades de ensino, carga horária dedicada às outras ocupações profissionais e carga horária dedicada ao preparo de avaliações foi utilizado o coeficiente de correlação de Spearman (ρ). Foi utilizado o teste Qui-quadrado para verificar a associação entre o grau de agravamento das dimensões “Exaustão Emocional”, “Desumanização” e “Decepção” e as demais variáveis categóricas. Para testar o efeito das dimensões sobre as variáveis citadas anteriormente, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste post-hoc de Dunn. Os dados foram analisados no programa SAS versão 9.3. Adotou-se um nível de confiança de 95% ($\alpha = 0,05$).

RESULTADOS

A maioria dos docentes ($n=78$, 55,32%) entrevistada é do sexo feminino e casada ($n=88$, 62,41%). Quanto à idade, 75,18% ($n=106$) está abaixo de 40 anos. Em relação ao grau de titulação, a maior parte destes é mestre ($n=79$, 56,03%), seguida de especialistas ($n=45$, 31,91%) e doutores ($n= 17$, 12,06%).

Em relação à atividade docente (tabela 1), grande parte é horista ($n=67$, 47,52%), com menos de dez anos de docência ($n=95$, 67,86%) e com faixa salarial abaixo de R\$

2.400,00 (n=80, 56,74%). Quanto ao número de vínculos empregatícios, 45,39%, 39,72% e 14,89% correspondem a dois, um e três respectivamente.

Pode-se observar o predomínio (43,97%) de docentes com carga horária semanal de 40 h ou mais de trabalho no ensino. Em relação à quantidade de alunos por sala, apenas 12 (8,51%) responderam atender abaixo de 20, sendo que 65% trabalham com mais de 30 alunos. Quanto à atividade de orientação, a maioria (70,21%) o faz acima de três alunos.

Tabela 1 – Dados relativos à área de atividade profissional dos professores universitários de instituições privadas nas regiões noroeste e centro-oeste do PR, 2015.

	n	%
Quantidade de alunos por sala		
Até 20 alunos	12	8,51
De 21 a 30 alunos	37	26,24
De 31 a 40 alunos	45	31,91
Mais de 40 alunos	47	33,33
Quantidade de alunos para orientação		
Nenhum	19	13,48
Até dois	23	16,31
Três ou quatro	35	24,82
Cinco ou seis	34	24,11
Mais de seis	30	21,28
Tipo de vínculo empregatício		
Horista	67	47,52
T20	34	24,11
T40	40	28,37
Faixa salarial (R\$)		
Até 1200,00	31	21,99
De 1200,00 a 2400,00	49	34,75
De 2400,00 a 5000,00	61	43,26
Há quanto tempo você exerce a profissão de docente		
Menos de 10 anos	95	67,86
Mais de 10 anos	45	32,14
Quantos vínculos empregatícios você tem		
Um	56	39,72
Dois	64	45,39
Três	21	14,89
Qual a carga horária semanal que você se dedica ao ensino		
Menos de 20 horas semanais	29	20,57
De 20 a 39 horas semanais	50	35,46
40 horas semanais ou mais	62	43,97

FONTE: Dados da pesquisa.

A tabela 2 mostra os níveis da síndrome de *Burnout*, segundo as três dimensões: exaustão, desumanização e decepção.

Quanto aos níveis de *Burnout*, nas três dimensões, observa-se que 11 (7,80%) docentes entrevistados se encontram em nível leve, 26 (18,44%) em nível moderado e 12 (8,51%) entrevistados em nível alto nas três dimensões (exaustão, desumanização e decepção). É preocupante imaginar que os docentes que se encontram no nível moderado possam evoluir para o nível alto, ou seja, o que representaria em torno de 27% do grupo estudado.

Tabela 2 – Nível de desumanização, exaustão e decepção dos professores universitários de instituições privadas nas regiões noroeste e centro-oeste do PR, 2015.

Exaustão		DESUMANIZAÇÃO				
		Leve	Moderado	Alto	Total	
		n	n	n	n	
Leve	DECEPÇÃO	Leve	11	4	2	16
		Moderado	5	5	1	11
		Alto	0	0	0	0
		Total	16	9	3	28
Moderado	DECEPÇÃO	Leve	2	11	0	13
		Moderado	6	26	12	44
		Alto	2	10	8	20
		Total	10	47	20	77
Alto	DECEPÇÃO	Leve	0	0	0	0
		Moderado	4	9	2	15
		Alto	1	8	12	21
		Total	5	17	14	36

FONTE: Dados da pesquisa.

Na tabela 3 é apresentada comparação entre as dimensões exaustão, decepção e desumanização e a variável tempo de docência.

Tabela 3 – Teste de kruskal-wallis, seguido do teste de comparações múltiplas *post hoc* de dunn, comparando as dimensões “decepção, exaustão e desumanização” para os professores universitários de instituições privadas nas regiões noroeste e centro-oeste do PR, 2015.

EXAUSTÃO				
Há quanto tempo você exerce a profissão de docente	n	média	F	p-valor
Menos de 5 anos	75	74,01 ^a	4,53	0,0125*
De 5 a 9 anos	42	71,00 ^a		
10 anos ou mais	24	46,58 ^b		
DESUMANIZAÇÃO				
Há quanto tempo você exerce a profissão de docente	n	média	F	p-valor
Menos de 5 anos	75	68,75 ^a	4,53	0,0125*
De 5 a 9 anos	42	61,24 ^a		
10 anos ou mais	24	72,29 ^b		
DECEPÇÃO				
Há quanto tempo você exerce a profissão de docente	n	Média	F	p-valor
Menos de 5 anos	75	73,52 ^a	4,22	0,0167*
De 5 a 9 anos	42	63,59 ^a		
10 anos ou mais	24	47,12 ^b		

*significativo em nível de 95% de confiança ($\alpha=0,05$). Os números marcados com a mesma letra não diferem entre si pelo teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de Dunn.

FONTE: Dados da pesquisa.

É visto que em todos os níveis não se verifica diferença estatística quanto a menos de cinco anos e cinco a nove anos de atividade docente. No entanto, em todas as três dimensões há diferença significativa quanto ao tempo da atividade docente de dez anos ou mais e abaixo deste. Em relação aos níveis exaustão e decepção, estes são mais evidentes em docentes abaixo de dez anos do exercício da profissão; já a dimensão desumanização, é mais expressiva em docentes com maior tempo de docência.

Na tabela 4 é apresentada a associação significativa entre o tempo de atividade docente e as dimensões exaustão e desumanização.

Tabela 4 – Variáveis associadas (teste qui-quadrado) à dimensão “exaustão e desumanização” para os

professores universitários de instituições privadas nas regiões noroeste e centro-oeste do PR, 2015.

Exaustão	Há quanto tempo você exerce a profissão de docente				0,0123*
	Menos de 10 anos		10 anos ou mais		
	n	%	n	%	
Alta	30	25,74	12	50,00	0,0123*
Moderada	62	52,99	10	41,67	
Baixa	25	21,37	2	8,33	

Desumanização	Há quanto tempo você exerce a profissão de docente				0,0062*
	Menos de 10 anos		10 anos ou mais		
	n	%	n	%	
Alta	30	25,74	10	50,00	0,0062*
Moderada	62	52,99	10	50,00	
Baixa	25	21,37	0	0,00	

*significativo em nível de 95% de confiança ($\alpha=0,05$).

FONTE: Dados da pesquisa.

Pode-se observar a correlação positiva e significativa entre o tempo de docência e as duas dimensões de *Burnout*, evidenciando que o maior tempo dedicado à docência favorece o aumento do aparecimento de sintomatologia associada ao *Burnout*. Verifica-se nível de 20,19% para docentes com menos de dez anos de exercício profissional. No entanto, os valores aumentam para 50% em docentes com dez anos ou mais de exercício profissional. Resultados mais preocupantes são observados para a dimensão desumanização, uma vez que professores com tempo de atividade docente com dez ou mais anos, não se encontram mais no nível baixo, ou seja, estão entre os níveis moderado (50%) e alto (50%).

DISCUSSÃO

O perfil da nossa população de estudo mostrou que a carga horária de um docente não se resume apenas às 40 horas semanais, na maioria das vezes ele tem que trabalhar além desta carga horária, pois nas instituições privadas predominam os “horistas”, o que sinaliza uma realidade profissional com grande demanda de trabalho. Esta sobrecarga reduz o tempo de lazer destes profissionais, com conseqüente propensão para o desequilíbrio na saúde mental. Somado a isso, o dia a dia dos docentes que atuam no ensino superior exige uma busca cada vez maior por produtividade e qualidade do professorado, o que pode gerar uma exposição favorável para o estresse e, muitas vezes, para o *Burnout* (PAIVA; GOMES; HELAL, 2015).

Esteves (2013) relata que professores com atividade docente o tempo inteiro sem exclusividade apresentam maior nível de exaustão emocional. A autora afirma que a necessidade de os professores trabalharem em mais de uma instituição, aumenta sua sobrecarga de trabalho e, reduz seu tempo de lazer, com conseqüente propensão para o desequilíbrio na saúde mental.

A análise quanto às dimensões mostrou que os docentes se encontram em nível

significativo nas três dimensões de *Burnout*, sendo mais expressivo o nível moderado. Souza et al. (2013) identificaram, em estudo sobre *Burnout*, manifestações psíquicas, comportamentais e defensivas como negligência, irritabilidade, tendência ao isolamento, sentimento de onipotência. Cabe salientar que tais sintomas dependem de características pessoais de cada um e do ambiente de trabalho. Ainda que o docente apresente sentimentos e atitudes das dimensões, é complicado admitir esses comportamentos, como não tratar seus alunos com simpatia e afeição ou cogitar a probabilidade de que a docência não o realiza profissionalmente.

O professor exerce papel fundamental, pois dele dependem os discentes que estão a seu encargo para desenvolverem a aprendizagem. O professor e o seu labor são muito importantes para a educação e sua saúde é um aspecto que pode colocar sua eficiência em risco (CRUZ; MATOS; DINIZ, 2016). Os alunos necessitam de docentes, que sejam zelosos, acolhedores e bons profissionais, pois este aspecto é fundamental para seu desenvolvimento (BULLOUGH, 2015). Entretanto, o sistema de ensino exige muito em termos emocionais, o que pode explicar o esgotamento dos docentes (TUXFORD; BRADLEY, 2014). O profissional com *Burnout* pode interferir na aprendizagem, no comportamento e na motivação dos alunos, tendo consequências não somente no campo pessoal-profissional, mas também no processo educacional.

Neste estudo, a dimensão desumanização mostrou-se expressiva em docentes com maior tempo de docência. Conforme Benevides-Pereira (2012), a desumanização é um elemento fundamental do diagnóstico da síndrome de *Burnout*, que a distingue do estresse, da depressão e de outros transtornos. Schuster, Dias e Battistella (2015) relatam que na dimensão desumanização ou despersonalização há sentimento de indiferença ou uma atitude de distanciamento e de cinismo para com os alunos, colegas e a instituição.

Os participantes deste estudo se encontram nas três dimensões de *Burnout* e percebemos que os mais inexperientes estão com média maior em exaustão e decepção e os mais experientes em desumanização. No entanto, estes profissionais ainda não estão com decepção ou baixa realização profissional, talvez isso possa ser explicado pela afirmação de que estes docentes apesar de já estarem com sintomas de *Burnout*, ainda não entraram na última fase da síndrome. Possivelmente, tenham adotado mecanismos de enfrentamento dos sintomas do *Burnout* e resiliência, conforme Souza e Almeida (2009) abordam em artigo sobre o tema resiliência e referem que pessoas resilientes são aquelas que conseguem enfrentar situações traumáticas, superando-as e retomando o seu desenvolvimento, saindo-se delas fortalecidas.

Entretanto, não se encontra concordância na literatura, pois, enquanto alguns autores descrevem o *Burnout* como um processo de desgaste que se desenvolve ao longo do tempo de trabalho, outros autores têm apontado maior incidência nos que ingressam no mercado de trabalho, possivelmente pela pouca experiência na profissão, por não haver ainda desenvolvido formas de enfrentamento adequadas às situações ou, ainda, por fatores associados à pouca idade, sendo referidos os valores mais altos de *Burnout* que ocorrem entre dez e 15 anos de docência (CODD; VASQUEZ-MENEZES, 1999).

Silva e Carlotto (2003) referem que quanto maior o tempo de atividade docente aumentam também sintomas de desgaste, possivelmente pelo grande comprometimento e exigências sociais em relação às responsabilidades e à função docente. Esta afirmação corrobora com os resultados do nosso estudo.

Segundo Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), a exaustão emocional é o principal fator que caracteriza a síndrome de *Burnout*, sendo condição necessária, mas não suficiente para diagnosticá-la. Indispensável é, portanto, que o indivíduo apresente outros sintomas, tais como despersonalização (desumanização) e baixa realização profissional (decepção no trabalho) para que a síndrome fique caracterizada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, os profissionais se mostraram tão exaustos, desumanos, quanto decepcionados, o que pode prejudicar consideravelmente a qualificação e o relacionamento destes com alunos e colegas. É fundamental salientar que a prevenção e a promoção da saúde do docente é uma tarefa conjunta entre o professorado, discentes, instituição de ensino e sociedade, o que requer reflexões e ações que conduzam a mudanças desta realidade.

Os docentes mostraram índices moderados quanto às dimensões exaustão, desumanização e decepção emocional, sinalizando o processo de *Burnout* em curso. Na análise dos dados, verificou-se correlação positiva entre o maior tempo de trabalho docente e o aparecimento de sintomatologia associada ao *Burnout*, evidenciando as dimensões exaustão e decepção nos mais inexperientes e a dimensão desumanização nos professores com maior tempo de docência.

Ressalta-se a importância da realização de novas pesquisas mais abrangentes em relação à amostra de docentes de ensino superior, tanto de instituições privadas e públicas, assim como outros delineamentos e variáveis para aumentar o conhecimento sobre o *Burnout*, bem como estratégias de enfrentamento para serem utilizadas por estes professores, favorecendo, desta forma, a promoção da saúde docente.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, P. S. de; OLIVEIRA CARDOSO, T. A. de. Prazer e dor na docência: revisão bibliográfica sobre a Síndrome de *Burnout*. **Saúde e Sociedade**, v.21, n. 1, p. 129-140, 2012. DOI:10.1590/S0104-12902012000100013

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Considerações sobre a síndrome de *burnout* e seu impacto no ensino. **Boletim de Psicologia**, v.62, n.137, p.155-168, 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432012000200005&lng=pt&tlng=pt.

BULLOUGH, R. V. Differences? Similarities? Male teacher, female teacher: An instrumental case study of teaching in a Head Start classroom. **Teaching and Teacher Education**, v.47, p.13-21, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.tate.2014.12.001>

CARLOTTO, M. S. Síndrome de *Burnout* em professores: prevalência e fatores associados. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n.4, p.403-410, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722011000400003>.

CODO, W.; VASQUES-MENEZES, I. O que é *Burnout*? In: W. CODO (Coord.). **Educação e carinho**. (pp. 237 – 254). São Paulo: Vozes, 1999.

COUTINHO, C. P.; LISBÔA, E. S. Sociedade da informação, do conhecimento e da aprendizagem: desafios para educação no século XXI. **Revista de Educação**, v. 18, n.1, p. 5-22, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/14854>.

CRUZ, J.; de MATOS, M. G.; DINIZ, J. A. A relação professor-aluno: um olhar necessário para o contexto. **Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente**, v.6, n.2, p.145-154, 2016. Disponível em: <http://revistas.lis.ulsiada.pt/index.php/rpca/article/view/2316/2438>

DA PAZ, M. P. O estresse no cotidiano de professores da Educação Superior. **Revista FSA** (Faculdade Santo Agostinho), Teresina, v.6, n.1, p. 66-77, 2014. Disponível em: <file:///D:/Downloads/425-1026-1-PB.pdf>

ESTEVES, A. M. A. **O *Burnout* e o engagement: estudo numa amostra de professores do ensino superior público português**. 2013. 82 f. Dissertação (Mestrado em Gestão das Organizações – área de Gestão de Empresas) – Curso de Mestrado em Gestão das Organizações. ISCAP, Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto, Porto.

LAUTERT, L. The professional fatigue: empirical study with hospital nurses. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.18, n.2, p. 133-144, 1997.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job Burnout. **Annual Review of Psychology**, Palo Alto, v.52, n.1, p. 397-422, 2001. DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397

PAIVA, K. C. M. D.; GOMES, M. Â. D. N.; HELAL, D. H. Estresse ocupacional e síndrome de *burnout*: proposição de um modelo integrativo e perspectivas de pesquisa junto a docentes do ensino superior. **Gestão & Planejamento-G&P**, v. 16, n.3, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.unifacs.br/index.php/rgb/article/view/3570>.

SILVA SCHUSTER, M. da; VEIGA DIAS, V. da; BATTISTELLA, L. F. Maslach Burnout Inventory–General Survey (MBI-GS): Aplicação em Universidade Público Federal. **Revista da Faculdade de Administração e Economia**, v.6, n.2, p. 182-195, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.15603/2176-9583/refae.v6n2p182-195>

SILVA, G. N. da; CARLOTTO, M. S. Síndrome de *Burnout*: um estudo com professores da rede pública. **ABRAPEE**, v.7, n.2, p.145-153, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pee/v7n2/n2a04>. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1413-85572003000200004>

SILVA, M. P. G. O. da. A silenciosa doença do professor: *Burnout*, ou o mal-estar

docente. **Revista Científica Integrada**, Guarujá, v.1, n.2, p. 1-10, 2014. Disponível em: <http://www.unaerp.br/revista-cientifica-integrada/edicoes-anteriores/edicao-n-2-2014-1/1464-161-454-1-sm/file>

SILVEIRA, K. A. et al. Indicators of stress and coping in the context of inclusive education. **Educação e Pesquisa**, v.40, n.1, p.127-142, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022014000100009>

SOUZA, F. das C. S.; ALMEIDA, M. C. X. de. Resiliência e educação. **Revista Educação em Questão**, Natal, v.35, n.21, p. 239-243, 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/educacaoemquestao/article/view/3963/3230>

SOUZA, W. L. Conhecimento publicado acerca do absenteísmo relacionado à Síndrome de Bournout com os profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT/AL**, v.1, n.2, p. 121-134, 2013. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/637/372>

TAMAYO, M. R. Validação do inventário de *Burnout* de Maslach. In: III CONGRESSO NORTE-NORDESTE DE PSICOLOGIA, 3, 2003, João Pessoa. **Resumo...** João Pessoa: UFPB, 2003. p. 392-393.

TAMAYO, M. R.; TRÓCCOLI, B. T. Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do *Burnout* (ECB). **Estudos de Psicologia**, Natal, v.14, n.3, p. 213-221, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000300005>

TUXFORD, L. M.; BRADDLEY, G. L. Emotional job demands and emotional exhaustion in teachers. **Educational Psychology**, [S.l.], v.66, n.1, p. 1-19, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/01443410.2014.912260>

VIEIRA, J. S. Constituição das doenças da docência. **Cadernos de Educação**, Pelotas, v.37, p. 303-324, 2010. Disponível em: <http://repositorio.ufpel.edu.br/bitstream/123456789/714/3/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20das%20doencas%20da%20docencia.pdf>

ZAMBON, E. **Estratégias de prevenção ao estresse ocupacional de professores do ensino superior privado**. 2014. 130 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação. PUCRS, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Texto removido por publicação em duplicidade

ANÁLISE DE PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES EM NUTRIÇÃO DA URI- CAMPOS DE FREDERICO WESTPHALEN- RS

Elis Marina Marchioro¹
Janice Daiane Brutti²
Rúbia Garcia Deon³
Fábia Benetti⁴

Recebido em: 14 fev. 2018
Aceito em: 22 nov. 2018

RESUMO: O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que tem em comum a hiperglicemia. No Brasil, onde as cidades das regiões Sul e Sudeste são consideradas de maior desenvolvimento econômico, o número de indivíduos que apresentam DM é maior. O objetivo dessa pesquisa foi analisar os pacientes diabéticos atendidos no Ambulatório de Especialidades em Nutrição da URI - Campus de Frederico Westphalen/RS no ano de 2016. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e descritivo. A partir dos prontuários dos pacientes com DM, foram coletados dados pessoais e socioeconômicos, história clínica, hábitos alimentares e medidas antropométricas. Foi identificado que 10% dos pacientes apresentavam como diagnóstico o DM. Desta amostra, a maioria é do sexo masculino, com média de idade $37,5 \pm 16,7$ anos. Referente ao Índice de Massa Corporal pode ser observado uma alta frequência de sobrepeso nos pacientes do sexo masculino (55%), diferentemente do sexo feminino, onde a eutrofia e obesidade I tiveram maior relevância, ambos com 37,5%. Para fatores de risco, destacou-se uma elevada frequência de pacientes com sobrepeso e obesidade, afetando em torno de 74% dos pacientes com DM. Já análise do Recordatório Alimentar 24 horas, o consumo de carboidratos apresentou média de $57,6 \pm 10,26\%$ e proteína $18,68 \pm 9,55\%$ e são similares os recomendados pela Sociedade Brasileira de Diabetes. Pelo exposto podemos reafirmar a necessidade e importância do acompanhamento nutricional aos pacientes diabéticos, como uma estratégia não farmacológica necessária que beneficiará o paciente no controle da glicemia e no retardo da progressão de comorbidades associadas ao DM.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Assistência ao Paciente. Avaliação nutricional.

ANALYSIS OF DIABETIC PATIENTS TAKEN IN THE AMBULATORY OF NUTRITION

¹ Nutricionista, aluna do Curso de Pós Graduação Nutrição Clínica com Ênfase em Doenças Crônicas e Transtornos Alimentares da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Departamento de Ciências da Saúde, Setor Nutrição, Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul. E-mail: elismarinamarchioro@yahoo.com.br.

² Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI Campus de Frederico Westphalen, Departamento de Ciências da Saúde, Setor Nutrição, Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul. E-mail: a088878@uri.edu.br.

³ Nutricionista. Doutora em Gerontologia Biomédica. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI Campus de Frederico Westphalen, Departamento de Ciências da Saúde, Setor Nutrição, Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul. E-mail: rubia@uri.edu.br.

⁴ Nutricionista. Mestre em Envelhecimento Humano. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI Campus de Frederico Westphalen, Departamento de Ciências da Saúde, Setor Nutrição, Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul. E-mail: benetti@uri.edu.br.

SPECIALTIES OF URI- CAMPOS DE FREDERICO WESTPHALEN- RS

ABSTRACT: Diabetes Mellitus (DM) is classified by a heterogeneous group of metabolic disorders that have in common hyperglycemia. More specifically, in Brazil, where the cities of the South and Southeast are considered to be the most economically developed, the number of individuals with DM is higher. In this context, the objective of the present study was to analyze the diabetic patients attended at the Nutrition Specialties Clinic of the URI - Campus of Frederico Westphalen/RS in the year 2016. This is a cross-sectional, quantitative and descriptive study. The study was based on the data collection of patients' records with DM, personal and socioeconomic data were collected, as well as clinical history, eating habits and anthropometric measurements. As a result, it was identified that 10% of the patients presented DM as their diagnosis. From this sample, the prevalence of patients is male, with a mean age of 37.5 ± 16.7 years. Regarding the Body Mass Index, a high frequency of overweight was observed in male patients (55%), differently from the female sex, where eutrophy and obesity I were more relevant, both with 37.5%. For risk factors, a high frequency of overweight and obese patients was observed, affecting around 74% of patients with DM, followed by the rate of sedentary and alcoholic patients, in a lower proportion of patients with a diagnosis of Arterial Hypertension (26 %) And smokers with 16%. Already analysis of the Food Recall 24 hours we can verify that the consumption of carbohydrates, with an average of $57.6 \pm 10.26\%$ and protein $18.68 \pm 9.55\%$ are similar to those recommended by the Brazilian Society of Diabetes. Therefore, we can reaffirm the need and importance of nutritional monitoring for diabetic patients, as a necessary non-pharmacological strategy that will benefit the patient in glycemic control and delayed progression of comorbidities associated with DM.

Keywords: Diabetes Mellitus. Patient Care. Nutrition assessment.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é caracterizado como uma doença crônica complexa, que necessita cuidados de saúde e que tem como objetivo o controle glicêmico eficaz, a redução de complicações, dos custos financeiros, da morbidade e mortalidade associados à esta patologia (LADE et al., 2016).

É classificado por um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, que demonstram em comum a hiperglicemia. (TIECHER; NASCIMENTO, 2014). Ele é determinado por concentrações sanguíneas elevadas de glicose que resultam de defeitos na secreção de insulina, ação de insulina, ou ainda em ambos. Quando o DM é diagnosticado, a insulina não é produzida de forma suficiente (MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012) (TIECHER; NASCIMENTO, 2014).

As complicações do DM podem ser classificadas em agudas ou crônicas. Como complicações agudas existem à hiperglicemia e a hipoglicemia. Já as complicações crônicas podem ser macrovasculares (doença cardíaca coronária, doença vascular periférica e doença cerebrovascular), microvasculares (retinopatia e nefropatia) e neurológicas (neuropatia) (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2009) e a Associação Americana de Diabetes (2010), o DM é dividido em quatro classes clínicas: DM tipo I, DM tipo II, outros tipos específicos de DM e DM gestacional. A presença de DM vem crescendo mundialmente, sendo resultante de uma epidemia global. (LADE et al., 2016). Nas Américas, o total de pessoas diagnosticadas com esta patologia foi apurado em 35 milhões para o ano 2000 e projetado para 64 milhões em 2025 (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Há uma predisposição de aumento na frequência em todas as faixas etárias, principalmente nos jovens, onde o impacto negativo sobre a qualidade de vida e a carga da doença aos sistemas de saúde é elevada. Isso ocorre mais especificamente no Brasil, onde as cidades das regiões Sul e Sudeste são consideradas de maior desenvolvimento econômico e o número de indivíduos que apresentam DM é maior (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Conforme a International Diabetes Federation (2013), o Brasil está classificado como o quarto país do mundo em número de indivíduos diabéticos com aproximadamente 12 milhões de doentes.

Nesse contexto, o objetivo do presente estudo foi analisar os pacientes diabéticos atendidos no Ambulatório de Especialidades em Nutrição da URI - Campus de Frederico Westphalen-RS, considerando os fatores de riscos, o Índice de Massa Corporal (IMC) e a análise do Recordatório Alimentar 24 horas destes pacientes.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, de cunho quantitativo e de natureza descritiva, desenvolvido como parte do projeto “Acompanhamento Nutricional no Ambulatório de Especialidades em Nutrição da URI - Campus de Frederico Westphalen/RS”.

O estudo foi realizado integralmente nas dependências do Ambulatório de Especialidades em Nutrição da URI na cidade de Frederico Westphalen- RS. Os dados foram coletados através da avaliação dos prontuários dos pacientes com DM.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- Campus de Frederico Westphalen, sob o número de registro na Plataforma Brasil CAAE: 53128416.0.0000.5352 e parecer número 1.434.929, (anexo A).

A amostra do estudo foi composta por indivíduos com diagnóstico de DM, Tipo 1 ou 2, através de anamnese alimentar realizada em atendimento nutricional no ambulatório. A seleção dos prontuários ocorreu no período de março de 2016 à fevereiro de 2017. Como critério de exclusão foram considerados os prontuários contendo dados incompletos.

No prontuário dos pacientes diabéticos (anexos B, C e D) atendidos pelo Ambulatório de Especialidades em Nutrição da URI – Campus de Frederico Westphalen/RS, foram coletados dados pessoais do paciente, dados socioeconômicos,

história clínica, hábitos de vida e hábitos alimentares. Assim como, foram aferidas as medidas antropométricas de peso, estatura, circunferências da cintura, do pescoço e do quadril e também as pregas cutâneas bicipital, triцепtal, subescapular e supra ilíaca.

O banco de dados e a análise dos resultados foram feitos no programa Excel 2010. Como forma de análise estatística foi utilizada a estatística descritiva para a apresentação dos dados, que foram expressos em forma de tabela e figura, com percentuais, médias e desvios padrões.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 19 (10%) prontuários, que se enquadraram nos critérios de inclusão, de um total de 182 (90%) pacientes atendidos pelo Ambulatório de Especialidades em Nutrição da URI – Campus de Frederico Westphalen/RS.

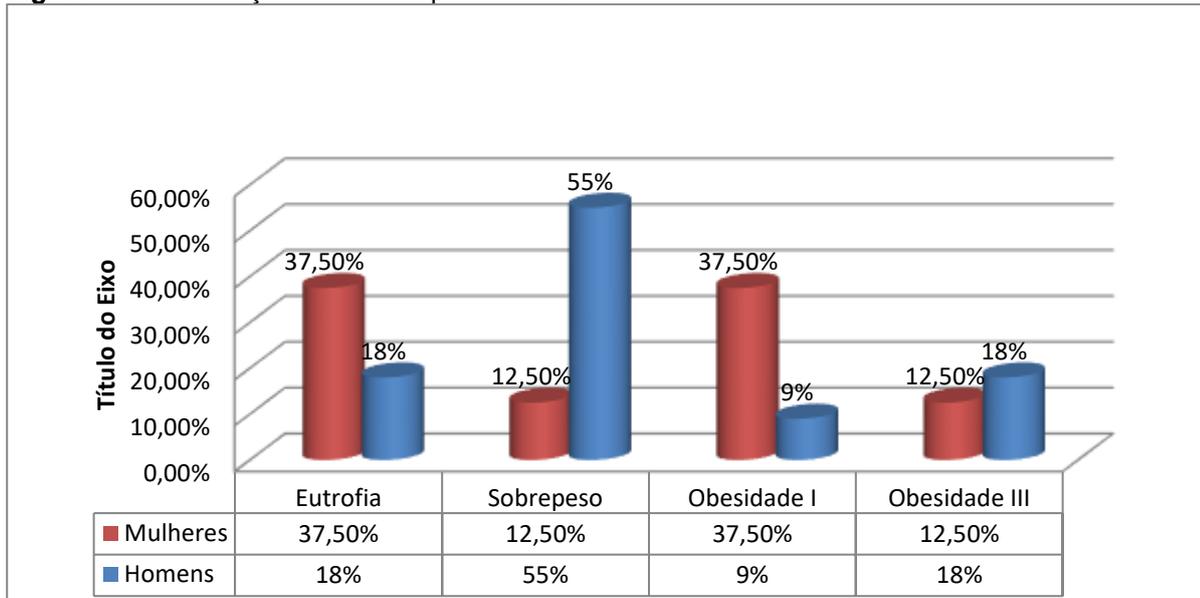
Referente ao sexo dos pacientes diabéticos pode ser analisado que 11 indivíduos eram do sexo masculino, sendo estes 58% dos pesquisados em relação ao sexo feminino que resultou em um número de 8 pacientes, totalizando 42% da população estudada.

Diferentemente dos resultados encontrados por Lade et al. (2016), onde o maior número dos indivíduos que procuraram o serviço de saúde foram pacientes diabéticos do sexo feminino. Os autores justificam que a participação de mulheres, em maior quantidade que procuram o serviço de nutrição pode ser evidenciada por apresentarem maior tendência ao autocuidado e maior percepção do estado de saúde.

Estes pacientes apresentaram idade entre 9 e 64 anos, tendo como uma média de idade $37 \pm 16,7$ anos. Este resultado pode ser comparado com um estudo realizado por Machado; Campos (2014), onde os autores afirmam que a prevalência a DM na população estudada é de 30 a 69 anos. Idade esta que difere de um estudo realizado por Iser et al (2015), onde o predomínio de DM aumentou com o avanço da idade, sendo que esta se manteve entre de 65 e 74 anos de idade. Outro estudo que reforça que a prevalência de idade acima dos 50 anos é elevada para pacientes diabéticos foi dos autores Cortez et al (2015), que afirmam ainda um crescimento de forma significativa, sendo o DM a doença crônica não transmissível que mais cresce, principalmente nos países em desenvolvimento.

Levando em consideração a patologia apresentada, no caso, o DM, é de extrema importância analisar o Índice de Massa Corporal (IMC) destes pacientes, uma vez que, este fator contribui para o desenvolvimento da doença. Destaca-se o resultado para IMC, sendo: baixo peso $< 18,5 \text{ kg/m}^2$, eutrofia $18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso $25-29,9 \text{ kg/m}^2$, obesidade I $30-34,9 \text{ kg/m}^2$, obesidade II $35-39,9 \text{ kg/m}^2$, obesidade III $> 40 \text{ kg/m}^2$ (Organização Mundial da Saúde, 1998). Este está descrito na Figura 1 por classificação, onde pode ser observada uma alta frequência de sobrepeso nos pacientes do sexo masculino (55%) assim como a elevada frequência de obesidade III (18%) e eutrofia (18%), diferentemente do sexo feminino, onde a eutrofia e obesidade I tiveram maior relevância.

Figura 1 - Classificação do IMC de pacientes diabéticos



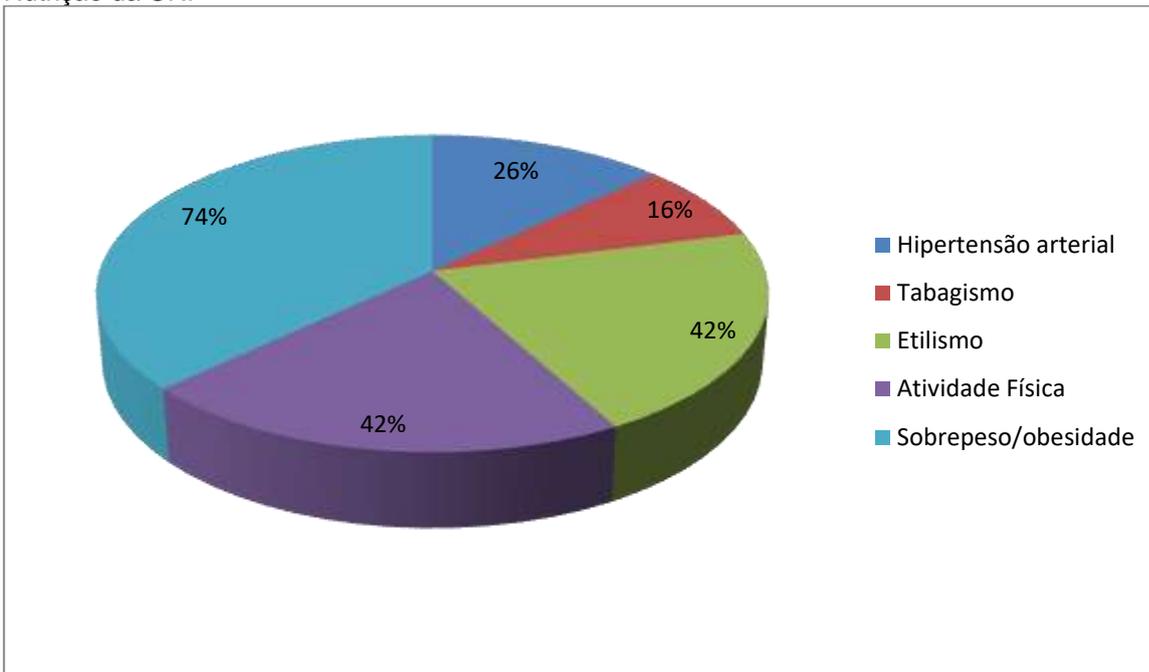
Fonte: MARCHIORO et al, 2017.

Resultado este que corroboram com o de Lade et al (2016), onde o sobrepeso/obesidade apresentado na população estudada demonstrou um alto predomínio representando 72% nos indivíduos do sexo masculino e 81% no sexo feminino.

Já no estudo de Flor et al (2015), são demonstradas consistentes associações entre o excesso de peso e a maior prevalência de DM. Essa associação faz-se alarmante em países como o Brasil, onde mais da metade dos indivíduos estão acima do peso ideal.

Existem fatores de risco que aumentam a probabilidade de um indivíduo apresentar DM, como Hipertensão Arterial, tabagismo, etilismo, ausência de atividade física e sobrepeso e obesidade. Os resultados para fatores de risco dos pacientes diabéticos são apresentados na Figura 2.

Figura 2 - Fatores de risco em pacientes diabéticos atendidos pelo Ambulatório de Especialidades em Nutrição da URI



Fonte: MARCHIORO et al, 2017.

Em relação aos fatores de risco, o presente estudo destaca uma elevada frequência de pacientes com sobrepeso e obesidade, afetando em torno de 74% dos pacientes com DM, o que também pode ser identificado no estudo realizado por Flor et al (2015), onde a prevalência de sobrepeso e obesidade foram atribuídas respectivamente a 49,2% e 58,3% da população estudada, sendo a grande parte da carga desta patologia conferida aos fatores de risco modificáveis, enfatizando que, valores elevados de IMC têm causado diversos desfechos desfavoráveis em saúde em diversos países.

Ainda referente aos fatores de risco, este estudo apresenta a falta de atividade física e etilismo com 42% dos pacientes pesquisados. Em relação a falta de atividade física podemos citar um estudo de Baldo et al (2015), onde os autores afirmam que o tratamento e controle do DM são complexos e envolvem mudanças no estilo de vida do paciente, ainda mais quando os cuidados estão relacionados com a prática regular de atividade física, a automonitoração da glicemia, a administração de medicamentos e a adoção de uma alimentação saudável. Já referente ao etilismo, Lade et al (2016), apontam que o consumo excessivo de álcool por diabéticos aumenta o risco de hipoglicemia tardia, além de prejudicar o controle ponderal e acelerar complicações relacionadas à doença. Outro estudo (Costa; Nascimento, 2014) refere à relevância ao consumo de bebidas alcoólicas como casual em 95,7% dos pacientes diabéticos pesquisados. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2013), além de o etilismo provocar hipoglicemia e em longo prazo a hipertrigliceridemia, pode resultar em esteatose hepática.

Por fim, na atual pesquisa, porém em menor proporção, os pacientes que apresentam diagnóstico de Hipertensão Arterial como fator de risco representaram 26% da população pesquisada, e pacientes tabagistas evidenciaram 16% dos pacientes diabéticos.

Diferentemente de Lade et al (2016), que aponta o tabagismo com 13% e o etilismo com 9% dos pacientes diabéticos em sua pesquisa, demonstrando que existe uma estreita relação entre o tabagismo e doença coronariana, sendo a sua interrupção um fator preponderante na redução do risco de eventos cardiovasculares.

Machado e Campos (2014), descrevem que em pacientes diabéticos, a Hipertensão Arterial é duas vezes mais frequente do que na população em geral. Sendo assim, segundo os autores, o efeito do controle das taxas de glicemia e pressão arterial, provem da adesão adequada do paciente ao tratamento e de práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida.

Outro resultado de grande importância para o estudo é a análise do Recordatório Alimentar de 24 horas, onde podemos identificar os hábitos alimentares dos pacientes diabéticos, uma vez que neste questionário é solicitado ao paciente que informe os alimentos que consumiu no dia anterior, bem como, o horário e a quantidade destes alimentos. Com isso é possível analisar o consumo alimentar, a variedade, a frequência de refeições e quantidade dos alimentos consumidos, já que este grupo de pacientes necessita de uma alimentação específica, tendo como preferência o consumo de alimentos integrais e baixo consumo de carboidratos simples, boas fontes de proteínas e lipídeos, além de uma alta ingestão de fibras, entre outros aspectos importantes para manter níveis de glicemia adequados e uma boa resposta ao seu tratamento.

Tabela 1 - Resultados da análise do Recordatório Alimentar 24 horas

Nutrientes	G	%	Valor de referência
Calorias/dia	1459,785±584,5669	-	-
Carboidratos	214,3932 ± 95,25808	57,6 ± 10,26	45-60%
Proteínas	63,92684 ± 30,61784	18,68 ± 9,55	15-20%
Lipídios	39,21632 ± 18,97712	23,15 ± 6,88	30%

Fonte: MARCHIORO et al, 2017.

Na Tabela 1 foram analisados os nutrientes consumidos por pacientes diabéticos atendidos no Ambulatório de Especialidades em Nutrição da URI – Campus de Frederico Westphalen/RS e constatado que no grupo dos carboidratos a média de consumo é de 57,6 ±10,26 %, seguindo com 18,68 ± 9,55% de proteínas e 23,15 ± 6,88% de lipídeos em suas ingestões diárias.

Segundo o que preconiza as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), os pacientes diabéticos devem considerar as necessidades individuais e utilizar parâmetros semelhantes à população geral, em todas as faixa etárias, sendo para carboidratos totais de 45-60%, proteína de 15-20% e lipídeos em torno de 30%.

Como podem ser observados, os resultados da atual pesquisa corroboram com os dados preconizados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2013), onde somente os lipídeos apresentam uma pequena diferença devido à média de consumo recomendado, que é maior do que a apresentado pelos pacientes diabéticos que procuraram o serviço do Ambulatório de Especialidade em Nutrição da URI – Campus de Frederico Westphalen/RS.

Segundo Pontieri, Bachion (2010), as recomendações parecem ser simples e fáceis

de serem seguidas, porém, dependendo dos hábitos alimentares anteriores destes pacientes, a limitação das quantidades dos nutrientes pode representar uma mudança drástica e originar crenças acerca da terapia nutricional que podem ser barreira à adesão por remeter a práticas restritivas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que para obtenção de um bom controle da glicemia e consequentemente uma adequada resposta ao tratamento de DM, os pacientes devem obter uma ingestão de dieta adequada (macro e micronutrientes), e aderir hábitos de vida saudáveis, como por exemplo, evitar bebida alcoólica e fumo e praticar atividade física, além de manter o peso adequado. Estes fatores ajudam a diminuir o risco de complicações da patologia estudada, no caso, o Diabete Mellitus.

Ainda, o portador de DM deve estar sensibilizado sobre a importância de se promover saúde para melhorar sua vida cotidiana. A atuação do profissional nutricionista no cuidado à saúde do paciente diabético é de extrema importância, devido as relevantes atribuições do profissional no acompanhamento destes pacientes, seja com orientações nutricionais específicas, elaboração de plano alimentar, acompanhamento do estado nutricional, entre outras intervenções que o nutricionista pode disponibilizar ao paciente diabético.

REFERÊNCIAS

BALDO, Cristiano; et al. Diabetes Food Control- Um aplicativo móvel para avaliação do consumo alimentar de pacientes diabéticos. **Rev. Eletron. De Comun. Inf. Inov. Saúde**, v. 9. n. 3, 2015.

BRASIL. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabete**. Rio de Janeiro, 3ª edição, p. 400, 2009.

CORTEZ, Daniel Nogueira; et al. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paul Enferm.** v. 28. n. 3. p. 5-250, 2015.

COSTA, Denise G. S. de P. da; NASCIMENTO, Maria A. B. do. Avaliação do padrão alimentar de indivíduos com diabetes tipo 1 que realizam contagem de carboidratos em uma unidade de saúde pública de Brasília- DF. **Com. Ciências Saúde**, v. 29. n. ¾. p. 223-226, 2014.

FLOR, Luísa Sorio; et al. Carga de diabetes no Brasil: fração atribuível ao sobrepeso, obesidade e excesso de peso. **Revista Saúde Pública**, v. 49 n. 29, 2015.

ISER, Betine Pinto Moehlecke; et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24. n. 2. p. 305-314, 2015.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION . IDF Diabetes Atlas. 6th ed. Brussels, **Belgium: International Diabetes Federation**; 2013.

LADE, Carlos Gabriel de; et al. Análise de Indicadores de Saúde de pacientes com diabetes atendidos pelo Centro Hiperdia de Viçosa. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 40. n. 3. p. 283-292, 2016.

MACHADO, Luis Eduardo; CAMPOS, Renata. O impacto da diabetes melito e da hipertensão arterial para a saúde pública. **Saúde Meio Ambient.** v. 3. n. 2. p. 53-61, jul./dez. 2014.

MAHAN, L.K; ESCOTT-STUMP, S. RAYMUNDO, J. L. Krause Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. In: FRANZ, Marion J.; et al. **Terapia Nutricional Clínica para Diabetes Melito e Hipoglicemia de Origem não Diabética.** Rio de Janeiro: Elsevier, 13^a ed. cap 31. p. 675-706, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Índice de Massa Corporal. 1998. IN: Leão, Leila S. C. de S.; Gomes, Maria do Carmo Rebello. **Manual de Nutrição Clínica.** Petrópolis, RJ. Vozes. 2012. p. 15.

PONTIERI, Flavia Melo; BACHION, Maria Márcia. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 1. n. 15. p.151-160, 2010.

SARTORELLI, Daniela Saes; FRANCO, Laercio Joel. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19. n. 1. p. 29-36, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**, p. 385, 2013.

TIECHER, Camila Vieira; NASCIMENTO, Maria A. B. do; Controle glicêmico de diabéticos tipo 2 com contagem de carboidratos: uma revisão da literatura. **Com. Ciências da Saúde**, v. 25. n. 2. p. 149-156, 2014.

TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DO DIABETES MELLITUS. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes Sociedade Brasileira de Diabetes. Princípios para Orientação Nutricional no Diabetes Mellitus**, cap. 5. p. 39, 2009.

ESTIMATIVA DE VALORES ECONOMIZADOS COM A CESSAÇÃO DO TABAGISMO

Cecília Fanha Dornelles¹
Matheo Augusto Morandi Stumpf²
Maki Caroline Nakamura³
Samuel Cavalli Kluthcovsky⁴
Bruna Trevisan Vernizi⁵
Erildo Vicente Müller⁶
Ana Cláudia Garabeli Cavalli Kluthcovsky⁷

Recebido em: 21 fev. 2018

Aceito em: 25 nov. 2018

RESUMO: Este estudo objetivou estimar o valor financeiro que o tabagista economizaria ao longo dos anos, caso depositasse em uma aplicação financeira o valor utilizado na compra de cigarros a cada mês. Trata-se de um estudo transversal e quantitativo, com dados de 119 pacientes atendidos em um projeto de extensão universitária, entre 2015 e 2016. Foram analisadas as informações sobre a idade, gênero, data do início do tratamento e número de cigarros consumidos por dia. A partir do valor que seria depositado mensalmente em caderneta de poupança, por paciente, caso deixasse de fumar, foram calculadas as estimativas dos valores brutos que seriam economizados em 10 anos e segundo a expectativa de vida. A comparação entre os gêneros foi realizada pelo teste de Mann-Whitney e o nível de significância foi de 5%. Foi observado que, independente da faixa etária, o valor a ser depositado mensalmente, que corresponderia ao gasto mensal com o cigarro, foi muito semelhante, variando de R\$170,39 a R\$197,41. O valor bruto que seria economizado ao longo da vida é considerável, especialmente na faixa etária mais jovem, chegando a mais de dois milhões de reais. Nenhuma variável na comparação entre os gêneros apresentou diferença significativa, demonstrando que o valor depositado mensalmente e economizado ao longo da vida seria semelhante em ambos os grupos. Os resultados obtidos devem ser apresentados à população tabagista servindo como incentivo para a cessação do tabagismo.

Palavras-chave: Tabagismo. Economia. Abandono do uso de tabaco.

ESTIMATION OF VALUES SAVED WITH CESSATION OF SMOKING

ABSTRACT: This study aim to estimate the financial value that a smoker would save along years if he deposited the value used in the purchase of cigarettes each month in a saving account. Cross-sectional quantitative study, with 119 patients attended in a university extension project, between 2015 and 2016. Age, gender, treatment initiation date and number of cigarettes consumed per day were analysed. From the value that is monthly deposited in savings account, per patient, if the smoker stopped smoking,

¹ Acadêmica de Medicina. Universidade Estadual de Ponta Grossa. E-mail: dornellescf@gmail.com.

² Acadêmico de Medicina. Universidade Estadual de Ponta Grossa. E-mail: matheoaugusto@hotmail.com.

³ Acadêmica de Medicina. Universidade Estadual de Ponta Grossa. E-mail: maki_naka_7@hotmail.com.

⁴ Acadêmico de Engenharia Mecânica da Universidade Federal do Paraná. E-mail: samucluth@gmail.com.

⁵ Acadêmica de Medicina. Universidade Federal do Paraná-UFPR. E-mail: bruvernizi@gmail.com.

⁶ Farmacêutico. Doutor em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Ponta Grossa. E-mail: erildomuller@hotmail.com.

⁷ Médica. Doutora em Medicina Interna e Ciências da Saúde. Universidade Estadual de Ponta Grossa. E-mail: anafabio2009@gmail.com.

was calculated an estimative of the gross values that would be saved in 10 years and according to life expectancy. Mann-Whitney test was used for gender comparison and the significance level used was 5%. It was observed that, regardless of the age group, the amount to be deposited monthly, which corresponds to the monthly expenditure with cigarette, was very similar, from R\$ 170,39 to R\$ 197,41. The gross amount that is saved along life is considerable, especially in the younger age group, reaching more than two million reais. There was no variable in the comparison between the genders that had statistic difference, demonstrating that the value deposited monthly and the value saved calculated by life expectancy were similar in both groups. The results obtained should be disclosed to smokers and serve as another incentive for smoking cessation.

Keywords: Tobacco use disorders. Economics. Tobacco use cessation.

INTRODUÇÃO

Atualmente o tabagismo é considerado um problema de saúde pública devido ao elevado número de fumantes e à alta mortalidade decorrente do seu uso. O tabagismo está associado ao aumento da mortalidade por doenças cardiovasculares, respiratórias e câncer, sendo que aproximadamente 80% dos óbitos em adultos com mais de 30 anos ocorreram por esses grupos de causas (Xu et al., 2010).

Além disso, a Organização Mundial da Saúde considera o tabagismo como o principal causador de mortes evitáveis no mundo. Estima-se que até 2030 as mortes atribuíveis ao tabagismo irão diminuir 9% em países desenvolvidos, entretanto em países em desenvolvimento a OMS estima aumento de 6,8 milhões de mortes evitáveis atribuídas ao uso do tabaco (Kroeff; Mengue, 2010).

O Programa Nacional de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, inicialmente intitulado Programa Nacional de Controle do Tabagismo, visa à redução do consumo de tabaco e conseqüentemente a redução da morbimortalidade por doenças relacionadas a essa substância. Atualmente o programa de controle do tabagismo é considerado como referência mundial. O programa apresenta três grupos de ações centrais: ações educativas, de promoção e apoio à cessação tabágica e de ações legislativas e econômicas. Dentro das últimas ações incluem-se políticas tributárias e de preço a fim de reduzir o consumo de tabaco (Silva et al., 2014). O aumento do preço é uma estratégia para torná-lo um produto menos acessível, principalmente para a população mais jovem (Hwang; Park, 2017).

Observa-se na literatura médica atual poucos trabalhos que avaliam o impacto financeiro pessoal do tabagismo. Assim, o objetivo desse artigo foi estimar os valores em reais que os tabagistas participantes do projeto de extensão “Educando e Tratando o Tabagismo” economizariam ao longo dos anos, caso depositassem em uma aplicação financeira o valor gasto na compra de cigarros a cada mês.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico com delineamento transversal, e abordagem quantitativa. Os dados foram coletados dos prontuários de todos os 119 pacientes atendidos no projeto de extensão “Educando e Tratando o Tabagismo”, no período entre 2015 e 2016.

O projeto de extensão “Educando e Tratando o Tabagismo” desenvolvido na Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) é vinculado ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. Possui caráter multidisciplinar, contando com a participação de docentes e acadêmicos dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Farmácia. Seus objetivos principais são estimular o abandono do tabagismo e promover educação em saúde em grupos sobre o tabagismo, por meio de abordagens cognitivo-comportamentais e terapia medicamentosa.

Foram analisadas as seguintes informações: idade, gênero, data do início do tratamento e número de cigarros consumidos por dia. O número de cigarros consumidos por dia foi obtido levando-se em consideração a resposta do paciente à pergunta: “quantos cigarros fuma habitualmente por dia?”, transcrita para o prontuário.

Foi realizado o cálculo do valor que seria depositado mensalmente em uma caderneta de poupança, caso o paciente parasse de fumar. Para isso multiplicou-se o número de cigarros consumidos por dia e por fumante pelo custo médio de um cigarro em abril de 2016 (R\$0,275) e o valor encontrado foi multiplicado por 30 dias. O custo médio de um cigarro foi calculado com base nos preços dos cigarros consumidos pelos participantes do projeto. A taxa de rendimento mensal utilizada foi de 0,6581%, correspondente à média dos rendimentos mensais da caderneta de poupança dos anos de 2015 e 2016 (IPARDES, 2017). O início da aplicação foi a partir do primeiro dia de participação no projeto de extensão. O momento final da aplicação levou em consideração a “Tábua Completa de Mortalidade para o total da população brasileira 2015” para homens e mulheres, disponibilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017). Essa tábua fornece a expectativa de vida da pessoa a partir da idade atual. Assim, para cada paciente, o intervalo entre a idade no início da participação no projeto e a expectativa de vida fornecida pelo IBGE foi o tempo utilizado para calcular quanto cada paciente economizaria, caso aplicasse o valor mensal que seria gasto com a compra de cigarros. Além disso, foram também calculados os valores economizados em 10 anos, a partir do início da participação no projeto.

As estimativas dos valores economizados ao se aplicar o dinheiro mensal do tabagismo na caderneta de poupança, tendo em vista a expectativa de vida à idade, foram realizados utilizando-se uma fórmula de juro composto, conforme preconizado pelo Banco Central do Brasil (Figura 1) (BCB, 2016).

Frequências absoluta e relativa foram utilizadas para a análise da variável número de sujeitos. Medidas estatísticas descritivas foram utilizadas nas análises da faixa etária, do consumo de cigarros por dia e do valor médio que seria depositado por paciente

mensalmente.

$$S_n = (1 + j) \frac{(1 + j)^n - 1}{j} p$$

Figura 1 – Fórmula utilizada para cálculo da estimativa do valor que seria economizado.

Sn=montante ou valor obtido no final; j=taxa de juro mensal; p=valor de depósito regular; n=número de meses que seriam vividos segundo a expectativa de vida à idade.

A distribuição do número de sujeitos, da média de consumo de cigarros por dia, das estimativas dos valores médios que seriam depositados e valores brutos economizados em 10 anos e segundo expectativa de vida foram apresentados por faixas etárias (19 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59 e 60 a 73 anos).

A idade dos pacientes, as estimativas dos valores médios que seriam depositados, os valores brutos economizados em 10 anos e segundo expectativa de vida foram apresentados segundo o gênero. Foi realizada a comparação dessas variáveis entre homens e mulheres pelo teste de Mann-Whitney, após verificação de gaussianidade utilizando-se histogramas e o teste de Kolmogorov-Smirnov.

Os dados foram processados no banco de dados Excel 2010 e a análise estatística foi realizada no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 18.0. O nível de significância utilizado foi de 5%. O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ponta Grossa com Parecer número 1.055.794, CAAE número 43523515.8.0000.0105.

RESULTADOS

No total, 119 pacientes foram analisados neste estudo. A idade média dos participantes do projeto de extensão foi de 46,66 anos (DP=13,24), variando de 19 anos e 73 anos, sendo a maioria mulheres (56,3%). A média de consumo diário de cigarros foi de 22,49 (DP=12,42) e o gasto mensal médio com a compra de cigarros foi de R\$185,52 (DP=102,42).

Ao estratificar os indivíduos por faixa etária, verifica-se maior média de consumo de cigarros na faixa mais jovem, entre 19-29 anos, com 23,9 cigarros/dia (Tabela 01). Entretanto, o valor a ser depositado mensalmente, que corresponde ao gasto mensal com o tabaco, é muito semelhante em todas as faixas etárias. Ao se observar o valor bruto total economizado, percebe-se que a cifra é considerável nos jovens (chegando a mais de 2 milhões de reais) e menor na faixa etária mais idosa, haja vista sua expectativa de vida reduzida.

Tabela 1 – Distribuição do número de sujeitos, da média de consumo de cigarros por dia, das estimativas dos valores médios que seriam depositados e valores brutos economizados em 10 anos e segundo expectativa de vida, por faixa etária, em pacientes que deixassem de fumar a partir do início do tratamento (N=119).

Faixa etária em anos	Número de sujeitos (%)	Média de consumo de cigarros/dia	Valor médio que seria depositado por paciente mensalmente (em reais)	Estimativa do valor bruto economizado após 10 anos, por paciente (em reais)	Estimativa do valor bruto total economizado, considerando a expectativa de vida, por paciente (em reais)
19-29	14 (11,76)	23,9	197,41	36.145,44	2.284.747,77
30-39	26 (21,85)	20,6	170,39	31.198,79	783.507,89
40-49	20 (16,81)	21,2	175,30	32.099,31	406.796,01
50-59	40 (33,61)	23,6	195,10	35.724,65	208.996,52
60-73	19 (15,97)	22,8	188,01	34.424,77	97.491,26

Ao se comparar os gêneros masculino e feminino, observa-se que nenhuma das variáveis analisadas apresentou significância estatística (Tabela 2). Observa-se gastos semelhantes nos grupos e, conseqüentemente, valores a serem economizados pela aplicação da caderneta de poupança também.

Tabela 2 – Comparação entre homens e mulheres da idade, das estimativas dos valores médios que seriam depositados, dos valores brutos economizados em 10 anos e segundo expectativa de vida, em pacientes que deixassem de fumar a partir do início do tratamento.

Variáveis	Mulheres (n=67)	Homens (n=52)	p*
	Média (Desvio-padrão) Mediana	Média (Desvio-padrão) Mediana	
Idade em anos	44,36 (12,65) 43,00	48,43 (13,50) 50,00	0,12
Valor médio que seria depositado por paciente mensalmente (em reais)	206,09 (122,31) 165,00	169,56 (81,26) 165,00	0,24
Estimativa do valor bruto economizado após 10 anos, por paciente (em reais)	37.734,85 (22.396,16) 30.211,12	31.045,31 (14.877,88) 30.211,12	0,24
Estimativa do valor bruto total economizado, considerando a expectativa de vida, por paciente (em reais)	501.384,78 (497.580,00) 323.027,87	666.175,82 (1.090.975,30) 255.366,84	0,45

*Teste de Mann-Whitney

DISCUSSÃO

Poucos estudos avaliam os valores gastos com o tabagismo, sejam mensais ou durante toda a vida. Um estudo realizado por Bazotti et al. (2016) analisou a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009 e demonstrou que aproximadamente 10% da população brasileira apresenta gastos com produtos relacionados ao tabaco. Em geral, a maioria dos pacientes tabagistas possuem baixas renda e escolaridade, idade mais avançada e são predominantemente do sexo masculino. Da renda dos indivíduos, 2,23% é despendida nestes produtos, correspondendo em média a R\$ 9,80 mensais em valores não corrigidos (variando de R\$0,10 a R\$200,00). Porém, algumas observações devem ser feitas. A POF analisou qualquer produto proveniente do tabaco, e não somente cigarros, o que explica uma média mensal de gasto menor que a encontrada na presente pesquisa. Além disso, os valores não corrigidos pela inflação e a política governamental de aplicação de novos impostos em produtos derivados do tabaco podem subestimar os verdadeiros gastos absolutos desses pacientes.

De qualquer maneira, é preocupante o achado o predomínio de tabagistas em classes socioeconômicas mais baixas. Os pacientes acabam muitas vezes consumidos por seu vício e gastam mais em cigarros do que com a própria alimentação. De fato, a Fundação Getúlio Vargas, em 2013, afirma que os gastos da população com cigarros têm se mantido nos últimos anos e que há, por mês, comprometimento de 1,2% da renda com estes produtos contra 0,6% para compra de arroz e feijão (Agência Brasil, 2017).

Entretanto, dados do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo de 2016 mostram que o gasto com o tabagismo caiu, para 1,08% da renda mensal contra 1,12% do feijão e arroz (IPCA, 2017). Uma das principais medidas que explicam essa diminuição é o aumento do preço do maço do cigarro, com impostos, medida antitabágica efetiva já bem estabelecida na literatura (Verguet et al., 2017; Golden et al., 2017; Stevens et al., 2017). Com esta medida, os pacientes se sentem mais motivados a cessar o hábito ou reduzir o número de cigarros fumados por dia, além de desestimular o início para os não tabagistas. No Brasil, este tipo de medida reduziu a prevalência de 23,5% de famílias que gastavam com tabagismo no ano de 2002/2003 para 18,2% em 2008/2009 (Garcia et al., 2015).

Outro estudo brasileiro, também utilizando a base POF, encontrou porcentagens menores ao avaliar o acometimento da renda mensal com o gasto no hábito tabágico. Pacientes com renda de até R\$400,00 chegavam a gastar 8,1% (R\$17,10) dela com cigarros mensalmente. Quando a faixa da renda subia de R\$401,00 a R\$600,00 a porcentagem do gasto caía para 4,2% (R\$21,10). Pacientes com renda superior a R\$6.000,00 chegavam a gastar somente 0,6% (R\$60,60) em seu hábito tabágico, ou seja, quanto maior era a renda familiar, menor era a porcentagem gasta com o tabagismo. Este é um dado preocupante haja vista que a maioria dos pacientes fumantes são de baixa renda e gastam, proporcionalmente, mais para manter seu vício. No presente estudo não foi realizada essa análise em relação à renda familiar, porém é um dado importante para ser

apresentado aos tabagistas, a fim de mostrar o impacto que o vício tem sobre o orçamento mensal, sendo mais um incentivo à cessação do tabagismo (Kroeff; Mengue, 2010).

Outro efeito maléfico do tabagismo é a indisponibilidade de se investir o dinheiro gasto com cigarro em outras atividades ou bens. A cada 5 maços de cigarro consumidos por pessoa ao mês há redução significativa do gasto em outras demandas, especialmente educação e assistência médica. Por outro lado, famílias com ex-tabagistas, no futuro, irão gastar significativamente mais em cuidados médicos do que famílias que nunca tiveram fumantes (Xin et al., 2009).

Deve-se ressaltar que nenhum estudo na literatura médica, até o momento, avaliou os valores que seriam economizados por um paciente tabagista aplicando seu gasto mensal com os cigarros em uma caderneta de poupança. Os resultados apresentados por este trabalho devem ser levados em consideração e subsidiar programas de incentivo de cessação do tabaco. Como observado na Tabela 01, pacientes jovens têm um valor a ser economizado ao longo da vida acima de 2 milhões de reais. Mesmo os pacientes pertencentes a faixa etária mais velha (entre 60-73 anos) apresentam um valor a ser economizado bem considerável, de cerca de 97 mil reais, fato que é mais um incentivo para eles pararem de fumar independentemente da idade. O valor bruto economizado após 10 anos em todas as da faixa etária é de aproximadamente 30 mil reais. Com este valor seria possível ao tabagista adquirir, por exemplo, um carro popular.

White et al. (2005) demonstraram estratégias de economia para pacientes tabagistas. Os autores descrevem que a redução de 3 cigarros ao dia economizava 18 dólares ao mês, contra 6 a 12 dólares ao mês com outras estratégias (como uso de marcas mais baratas, ofertas promocionais, comprar em pacotes com vários maços, entre outras). Isso fortalece a tese de que o dinheiro economizado é sim maior com a cessação total ou parcial do tabagismo.

O programa VIGITEL (vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico) de 2016 aponta que a frequência de adultos fumantes foi de 10,2% nas 26 capitais brasileiras e distrito federal, sendo maior no sexo masculino (12,7%) do que no feminino (8,0%). No total da população, a frequência de fumantes tendeu a ser maior entre os adultos de 45 a 64 anos (BRASIL, 2017).

No nosso estudo, a maioria dos fumantes eram mulheres, essa diferença entre os estudos, pode ser devido ao fato do projeto de extensão ocorrer em horário comercial, favorecendo a participação de donas de casa e aposentados. Apesar disso, foi demonstrado neste estudo que os gastos mensais em cigarros são semelhantes independente do gênero.

Os gastos com saúde em pacientes tabagistas também são maiores do que na população geral. Homens que param de fumar aos 35 anos de idade economizam 7600 euros em gastos de saúde ao longo da vida. Se somado à economia que o paciente teria com sua produtividade (relacionada a aposentadoria precoce, dias afastados do trabalho por comorbidades e mortalidade), o valor chega a 24800 euros ao longo da vida

(Rasmussen et al., 2005). Logo, neste estudo, supõe-se que o valor a ser economizado ao longo da vida dos pacientes seja ainda maior, pois os gastos com saúde e o impacto na jornada de trabalho não foram levados em conta no cálculo final.

O uso rotineiro de calculadoras (que determinem o gasto que o paciente teria ao longo dos anos com o hábito) deve ser incentivado. O paciente terá um estímulo a mais para cessar o tabagismo, trazendo tanto benefícios financeiros como de saúde em geral a esses indivíduos (Smoke Free, 2017).

Este estudo apresenta algumas limitações. Não foi considerada a expectativa de vida para os tabagistas e sim para população geral. Além disso, por ter sido realizado em centro único, os valores gastos por essa população podem não ser representativos em locais com maços de cigarro mais baratos, por exemplo. É essencial, porém, ressaltar que os dados primários foram coletados pelos próprios pesquisadores e não de base terciária como a POF, fonte dos demais estudos brasileiros publicados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tabagismo é uma doença grave que merece atenção e tratamento adequados. Os resultados aqui apresentados devem ser informados à população em geral e aos tabagistas para incentivar tanto a cessação como ao não início do tabagismo. Espera-se que os pacientes, ao perceberem os valores que poderiam ser economizados ao longo da vida sintam-se mais motivados a cessar este hábito.

REFERÊNCIAS

- Agência Brasil. Consumidor gasta mais com cigarros do que com arroz e feijão. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-05-31/consumidor-gasta-mais-com-cigarros-do-que-com-arroz-e-feijao>>. Acesso em: 07 ago. 2017.
- Banco Central do Brasil - BCB. Calculadora do cidadão. Disponível em: <<https://www3.bcb.gov.br/CALCIDADA0/publico/exibirMetodologiaAplicacaoDepositosRegulares.do?method=exibirMetodologiaAplicacaoDepositosRegulares>>. Acesso em: 18 abr. 2016.
- Bazotti, A. et al. Tabagismo e pobreza no Brasil: uma análise do perfil da população tabagista a partir da POF 2008-2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 1, p. 45-52, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: Vigitel 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/vigitel_2016_jun17.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2018.
- Garcia, L. P. et al. A política antitabagismo e a variação dos gastos das famílias

brasileiras com cigarro: resultados das Pesquisas de Orçamentos Familiares, 2002/2003 e 2008/2009. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 31, n. 9, p. 1894-1906, 2015.

Golden, S. D. et al. Comparing projected impacts of cigarette floor price and excise tax policies on socioeconomic disparities in smoking. *Tobacco Control*, v. 25, suppl. 1, p. i60-66, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5099216/>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

Hwang, J. H.; Park, S. W. Is there differential responsiveness to a future cigarette price increase depending on adolescents' source of cigarette access? *Medicine (Baltimore)*, v. 96, n. 26, e7311, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5500062/>>. Acesso em: 07 nov. 2017.

Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Disponível em: <<https://www.portalbrasil.net/ipca.htm>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Tábuas Completas de Mortalidade 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2015/default.shtm>>. Acesso em: 12 abr. 2017.

Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social - IPARDES. Rendimentos da Caderneta de Poupança – Brasil. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/pdf/indices/poupanca.pdf>>. Acesso em 18 abr. 2017.

Kroeff, L. R.; Mengue, S. S. Análise dos gastos individuais com tabagismo a partir da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 12, p. 2334-2342, 2010.

Rasmussen, S. R. et al. The total lifetime health cost savings of smoking cessation to society. *European Journal of Public Health*, v. 15, n. 6, p. 601-606, 2005.

Silva, S. T. et al. Combate ao Tabagismo no Brasil: a importância estratégica das ações governamentais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 539-552, 2014.

Smoke Free. Disponível em: <<https://smokefree.gov/how-much-will-you-save>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

Stevens, V. L. et al. A Prospective Cohort Study of Cigarette Prices and Smoking Cessation in Older Smokers. *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention*, v. 26, n. 7, p. 1071-1077, 2017.

Verguet, S. et al. The consequences of tobacco tax on household health and finances in rich and poor smokers in China: an extended cost-effectiveness analysis. *Lancet Global Health*, v. 3, n. 4, e206-2016, 2015. Disponível em: <[http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(15\)70095-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(15)70095-1/abstract)>. Acesso em: 07 nov. 2017.

White, V. M. et al. How do smokers control their cigarette expenditures? *Nicotine Tobacco Research*, v. 7, n. 4, p. 625-635, 2005.

Xin, Y. et al. The impact of smoking and quitting on household expenditure patterns and

medical care costs in China. *Tobacco Control*, v. 18, n. 2, p. 150-155, 2009.

Xu, X. et al. Annual healthcare spending attributable to cigarette smoking: an update. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 48, n. 3, p. 326-333, 2015.

EVIDÊNCIAS DE VULNERABILIDADES IMPLICADAS COM O PROCESSO DE CUIDADO ALIMENTAR NO CONTEXTO DA MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Roberta Lamonatto Taglietti¹
Carla Rosane Paz Arruda Teo²

Recebido em: 23 fev. 2018
Aceito em: 24 nov. 2018

RESUMO: Este estudo de abordagem qualitativa teve como objetivo apontar e discutir as situações que vulnerabilizam a mãe adolescente diante do cuidado alimentar com o filho do ponto de vista das dimensões individual, social e programática. Participaram do estudo nove adolescentes, que responderam a uma entrevista semiestruturada, sendo os dados explorados por análise de conteúdo temática. Na dimensão individual se destacaram aspectos relativos a saúde biológica, trajetória pessoal, recursos pessoais e intersubjetividade, o que representou um determinante para que as adolescentes buscassem por ajuda no exercício de sua maternidade. Na dimensão social fica evidente as relações de gênero, relações intergeracionais e processo de estigmatização, indicando a adolescente como um indivíduo em relação, com múltiplas influências sociais que conduzem ou explicam, em alguma medida, suas ações diante do cuidado alimentar com a criança. Na dimensão programática, os resultados apontam para programas e políticas específicas, articulação intersetorial e organização do setor saúde, com suporte limitado para o desenvolvimento da função materna das adolescentes, como provedoras de alimentos para seus filhos. A pesquisa apontou evidências de vulnerabilidades nas dimensões individual e social, as quais não encontram resposta no nível programático, deixando a adolescente ainda mais fragilizadas diante da maternidade.

Palavras-chave: Adolescência. Maternidade. Vulnerabilidade em Saúde.

EVIDENCES OF VULNERABILITIES INVOLVED WITH THE FOOD CARE PROCESS IN THE CONTEXT OF MATERNITY IN ADOLESCENCE

ABSTRACT: This qualitative study aimed at pointing out and discussing the situations that make the adolescent mother vulnerable to child care from the point of view of the individual, social and programmatic dimensions. Nine adolescents, who answered a semi-structured interview, participated in the study, and the data was analyzed by thematic content analysis. In the individual dimension, aspects related to biological health, personal trajectory, personal resources and intersubjectivity were highlighted, which represented a determinant for the adolescents to seek help in the exercise of their motherhood. In the social dimension, gender relations, intergenerational relations and the stigmatization process are evident, indicating the adolescent as an individual in relation, with multiple social influences that lead or explain, to some extent, their actions regarding the food care with the child. In the programmatic dimension, the results point to specific programs and policies, intersectoral articulation and organization of the health sector, with limited support for the development of the

¹ Universidade Comunitária da Região de Chapecó-Unochepecó.

² Universidade Comunitária da Região de Chapecó-Unochepecó.

maternal function of adolescents as providers of food for their children. The research pointed to evidences of vulnerabilities in the individual and social dimensions, which do not find an answer at the programmatic level, leaving the adolescent even more fragile in the face of motherhood.

Keywords: Adolescent. Parenting. Health Vulnerability.

INTRODUÇÃO

A adolescência, fase compreendida entre 10 e 19 anos de idade, é um período de transição entre a infância e a idade adulta, marcado por transformações sociais, biológicas e psicológicas (WHO, 2008).

Os adolescentes, por serem, *a priori*, predominantemente considerados saudáveis, frequentemente não recebem a devida atenção em saúde que demandam. No entanto, as condições de saúde destes jovens, decorrentes de seu estilo de vida, evidenciam a sua vulnerabilidade frente à violência, à mortalidade, à gravidez na adolescência e suas repercussões das mais variadas (AYRES, 2004)

É importante frisar que a adolescência constitui uma fase de maior vulnerabilidade não somente pelas modificações biopsicossociais que a caracterizam, mas também pela necessidade que o adolescente demonstra de conhecer o novo, o desconhecido (TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011)

A busca de identidade, a curiosidade e a contestação instigam uma sensação de invulnerabilidade que, associada a fatores como informações inadequadas, dificuldades em adiar desejos e vontades, baixa qualidade de serviços de saúde voltados a este ciclo da vida, entre outros, tornam o adolescente altamente vulnerável, considerando os aspectos individuais, sociais e programáticos (SILVA; ASSIS; SZARFARC et al., 2012).

Neste contexto, surge a gravidez na adolescência, que em muitos casos é reflexo da fragilidade da adolescente no âmbito das três dimensões da vulnerabilidade. Corroborando esta afirmação, estudos apontam que a gravidez na adolescência ocorre em ambientes que incluem baixa escolaridade, menor renda, precário ou nenhum acesso a serviços de saúde, poucas perspectivas profissionais e de futuro, e com oportunidades restritas (FERREIRA; FERRIANI; MELLO et al., 2012; MARTINEZ; ROZA; CACCIA-BAVA et al., 2011; FARIAS; MORE, 2012).

Outra importante discussão a ser fomentada é que o contexto de vulnerabilidade social que rodeia a gestação na adolescência – como baixa escolaridade, múltiplos que vivem sem o companheiro, sem ocupação ou com ocupação que exige apenas nível fundamental – coincide com os fatores que permeiam a mortalidade infantil. Estes elementos indicam a importância do acolhimento e do desenvolvimento de estratégias de atenção para esta população, a fim de diminuir a vulnerabilidade a que este grupo está exposto naturalmente e ou devido ao seu contexto de vida (FERREIRA; FERRIANI; MELLO et al., 2012).

Neste sentido, a gravidez na adolescência requer políticas públicas e intervenção em rede intersetorial, com vistas à redução das desigualdades, sendo fundamental que essas políticas atuem na construção de estratégias de enfrentamento da vulnerabilidade ocasionada por situações em que as variáveis de garantia dos direitos e de inserção social podem ser desfavoráveis para a qualidade de vida dessa população (FERREIRA; FERRIANI; MELLO et al., 2012). Sob essa perspectiva, autores sugerem que sejam criados espaços efetivamente acolhedores, com atividades programadas a fim de qualificar o atendimento a este grupo (AYRES; CARVALHO; NASSER et al., 2012). Além disso, as especificidades das adolescentes devem ser consideradas no planejamento de intervenções no campo da saúde, uma vez que as circunstâncias de vida que produzem situações de vulnerabilidade são distintas (AYRES; CALAZANS; SALETTI-FILHO et al., 2010).

Considerando este contexto, o objetivo deste estudo foi apontar e discutir as situações que vulnerabilizam a mãe adolescente diante do cuidado alimentar com o filho do ponto de vista das dimensões individual, social e programática.

MATERIAL E MÉTODOS

Este foi um estudo do tipo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, realizado em um município de Santa Catarina. A população deste estudo se constituiu por nove mães adolescentes primíparas, residentes na zona urbana e rural do município, atendidas nas Unidades Básicas de Saúde, que se tornaram mães entre os 12 e os 14 anos e cujos filhos, à época da coleta de dados, tinham entre 12 e 24 meses de idade e não apresentavam limitações físicas e/ou mentais, ou ainda alguma necessidade especial com relação à dieta, como intolerâncias e alergias, uma vez que estas situações podem intensificar ou dificultar os cuidados alimentares com a criança, independentemente da idade da mãe.

Como instrumento para o trabalho de pesquisa a campo foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, que permite maior flexibilidade na coleta de informações. Este roteiro foi testado pelas pesquisadoras e, após análise dos dados gerados no pré-teste, algumas perguntas complementares foram incluídas, assim como durante a coleta de dados, quando algumas referências das participantes sobre o cuidado alimentar dos filhos indicavam novas oportunidades de aprofundamento da investigação.

As entrevistas foram realizadas pela primeira autora, no domicílio, considerando a possibilidade de maior liberdade de fala de cada mãe adolescente participante do estudo. Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. O produto textual resultante da transcrição das entrevistas foi submetido à análise de conteúdo temática, segundo Minayo (2010), pautada pelo referencial teórico da vulnerabilidade (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JUNIOR, 2012).

Este trabalho é produto de uma dissertação de mestrado e o projeto que deu origem

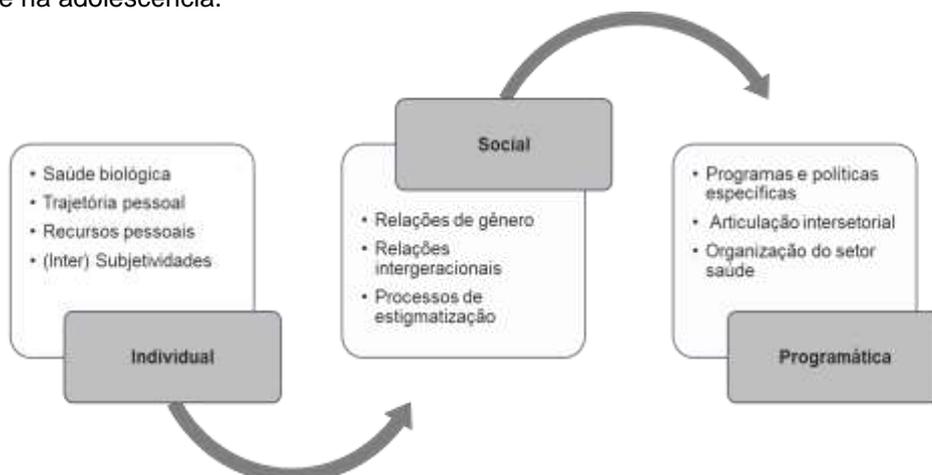
foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 040/2013), tendo sido rigorosamente respeitados todos os princípios éticos vigentes da pesquisa envolvendo seres humanos. Para assegurar o anonimato das participantes, utilizou-se o recurso de identificá-las por nomes de flores. Após amplo esclarecimento sobre os objetivos e procedimentos de pesquisa, as próprias adolescentes – quando emancipadas – ou seus representantes legais assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Uso de Voz, ambos emitidos em duas vias, ficando uma de posse da pesquisadora e outra com a adolescente e ou sua família.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De forma a caracterizar o grupo de participantes do estudo, é importante destacar que a renda *per capita* mensal média foi de R\$ 347,44, sendo que em nenhum dos casos este valor ultrapassou o equivalente a um salário mínimo vigente à época da pesquisa. Segundo a escolaridade das mães adolescentes entrevistadas, três possuíam ensino fundamental incompleto e seis tinham o ensino médio incompleto. Sete das adolescentes se autorreferiram como donas de casa e relataram viver com o companheiro, e duas delas declararam exercer atividades remuneradas e viver com os seus pais.

A seguir, tomando-se as falas das entrevistadas como objeto da análise de conteúdo temática, são problematizadas situações que vulnerabilizam a mãe adolescente diante do cuidado alimentar com o filho sob a perspectiva das dimensões individual, social e programática (figura 1).

Figura 1- Evidências de vulnerabilidades nas dimensões individual, social e programática ligadas à maternidade na adolescência.



Fonte: Elaboração das autoras (2017).

Em uma avaliação política, social e econômica do Brasil, reconhece-se que as áreas da saúde e da educação públicas não atingem integralmente as necessidades da população. Uma grande parcela da população vive em condições limitadas de acesso a alimentação, moradia, saneamento, empregos e salários adequados, condições que garantiriam, minimamente, uma vida mais saudável. Como consequência, muitas

adolescentes chegam despreparadas ao mercado de trabalho, em condições desfavoráveis ao seu crescimento profissional, ou iniciam sua vida na prostituição, associadas a crimes, tráfico de drogas, passando por vários tipos de violência e, mesmo, morando nas ruas. Estas desigualdades, agregadas à condição de vulnerabilidade inerente à faixa etária, influenciam o contingente de adolescentes em situação de risco social e pessoal, que requer atenção integral, incluindo proteção física, moral e psíquica (PESSALACIA; MENEZES; MASSUIA, 2010).

Estudo sobre a saúde nessa faixa etária fez apontamentos referentes à falta de conhecimento e de autocuidado do adolescente diante das questões relacionadas à vida sexual como indicativos das condições de vulnerabilidade. Os autores destacaram que a gravidez, *per se*, não é uma condição de vulnerabilidade à saúde, assumindo este caráter na adolescência por repercutir em outras dimensões da vida das jovens, como a educação, concluindo que são os reflexos da gravidez que vulnerabilizam a saúde (SILVA; MELLO; MELLO et al., 2014).

Sob a perspectiva da complexidade, Morin (2011) propõe-se considerar que o fenômeno da gestação e da maternidade na adolescência representam um momento de crise, que provoca incerteza e desordem, e que requer a produção de estratégias de enfrentamento em um processo de reorganização da vida da jovem em sua rede de relações.

Avaliando o contexto descrito e o referencial apresentado, problematiza-se que a própria gravidez precoce, no presente estudo, decorreu de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas que as adolescentes apresentavam. Ao se tornarem mães, estas fragilidades foram intensificadas, comprometendo os projetos de vida destas jovens e, em algumas situações, sua saúde e a de seus filhos. Revela-se, assim, um processo recursivo de vulnerabilização que corrobora a natureza complexa do fenômeno da gestação e maternidade adolescente. Ou seja, uma trajetória pessoal vulnerável é, a um só tempo, produtora e produto do fenômeno, que marca a condição de saúde da jovem, na medida em que, como construto amplo, segundo estudiosos, pode ser sintetizada como seus projetos de felicidade (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JUNIOR, 2012).

Neste sentido, este estudo pontua que o suporte que a sociedade oferece à mãe adolescente com relação a estruturas de apoio ao cuidado com a criança, como creches, escolas e grupos de ajuda, podem facilitar, para a adolescente, a reorganização e a continuidade dos seus projetos de vida e o desenvolvimento de sua autonomia como mãe. Registra-se, portanto, que essa condição de autonomia só se constitui na dependência dos recursos que a adolescente possa mobilizar para enfrentar a crise representada pelo evento da maternidade, incluindo a rede de apoio que lhe é mais próxima, representada potencialmente pela família e pelos serviços de saúde.

Criar cenários favoráveis ao desenvolvimento da autonomia das mães adolescentes contribui para que o ciclo de pobreza e exclusão que vulnerabiliza estas jovens seja interrompido, abrindo possibilidades de um futuro mais digno para mãe e filho.

Ah, muda tudo, é outra coisa tu ter um filho, muda umas coisas, que a gente para de estudar. Agora, eu já vou começar de novo e não vai ter problema. (Gérbera).

Destaca-se, conforme ilustrado pela fala da adolescente *Gérbera*, o componente individual, no que se refere à capacidade de acessar e elaborar informações, incorporando-as ao cotidiano de cuidado à criança, o que depende, entre outros aspectos, do nível de escolaridade, dos valores e das crenças (MOTTA; DIEFENBACH, 2013). Além da escolaridade, em um nível de vulnerabilidade individual, fica evidenciado na fala da adolescente o componente social, na medida em que ela indica que também houve comprometimento de seu acesso à educação.

É neste contexto de vulnerabilidade de ordem individual e social que a adolescente se torna mãe e demonstra, nesta pesquisa, fragilidade para exercer o cuidado alimentar com a criança, ou seja, para assumir-se provedora e protagonista nesse processo. Há que se considerar, entre as causas desta fragilidade, o fato de ela viver suas próprias dificuldades – decorrentes da idade e do contexto –, que interferem sobre as escolhas alimentares. Além disso, conforme já apontado, frente à baixa escolaridade e ou ao abandono dos estudos, configura-se um acesso restrito às informações e à sua incorporação à realidade, explicitando-se a condição de vulnerabilidade individual e social em que estas adolescentes se encontram. Essa condição torna ainda mais necessária a existência de uma rede de apoio que possa efetivamente constituir-se como recurso para que a adolescente enfrente suas vulnerabilidades.

Neste estudo, as adolescentes revelam, em suas falas, a vulnerabilidade individual como um determinante para que busquem por ajuda no exercício de sua maternidade, sendo esta ajuda representada pela família e pelos profissionais de saúde, uma vez que a adolescente, quando assume esta responsabilidade, precisa reconfigurar todas as suas funções sociais, o que não é uma adaptação fácil para ela, considerando que não se percebe preparada para tanto.

Eu sempre ligava pra mãe e pedia pra minha sogra, o que eu vou dar para a neném?
(Rosa).

Ah é difícil, porque é a primeira vez. Quando comecei a dar comida pra ela eu não sabia se dava comida normal ou dava outras coisas. (Orquídea).

Eu dou o que ela gosta, às vezes doce, às vezes vou no mercado e ela pede e eu dou.
(Violeta).

Avaliando a adolescente como provedora e protagonista do cuidado alimentar, coloca-se em cena o conceito de sujeito como ser autônomo que se reconhece permanentemente provisório e dependente na construção de sua autonomia (MORIN, 2011). É esta dependência que emerge das falas apresentadas.

Sempre a minha mãe que me orienta a fazer as coisas pra ela. A minha mãe, a minha sogra. Me ajudou bastante, porque é a minha primeira filha, eu nunca sabia o que eu ia dar pra ela, o que ia fazer mal e o que não ia fazer. (Rosa).

Ela era uma médica muito boa, me ajudou bastante, tudo que eu, assim, não sabia, ela

me ensinou. Ela falou pra fazer umas papinhas diferentes, ela me ensinou a fazer diferente. (Violeta).

À luz da discussão da vulnerabilidade individual e da importância de apoio no nível social, é possível perceber a adolescente como um indivíduo que, intrinsecamente, apresenta características que o vulnerabilizam diante de situações que podem agredir sua saúde e a de quem está sob sua responsabilidade (TOLEDO; TAKAHASHI; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, 2011). Isso implica diretamente nas escolhas alimentares que a mãe adolescente faz para seu filho, a partir – salienta-se – das escolhas que faz para si mesma, com base na sua trajetória pessoal.

Neste contexto, é preciso entender que cuidar de uma criança já exige muito da mãe, e a adolescente, por não estar madura o suficiente para exercer esse papel, sente-se em muitos momentos despreparada, estressada e inexperiente, podendo encontrar dificuldades para conciliar os cuidados com a criança e o seu autocuidado, e ainda o cotidiano próprio da vida de uma adolescente. Nesse sentido, explicita-se um fator de vulnerabilidade individual que pode ser sintetizado, como o momento emocional que, neste caso, surge conturbado e desfavorável (AYRES; PAIVA; FRANÇA-JUNIOR, 2012).

Tem que ficar com ele todo o tempo, não sobra tempo pra gente. (Margarida).

Refirma-se, neste ponto, a dimensão da vulnerabilidade social, indicando a adolescente como um indivíduo em relação, com múltiplas influências sociais que conduzem ou explicam, em alguma medida, suas ações diante do cuidado alimentar com a criança, as quais podem ser positivas ou negativas, dependendo do contexto em que as situações acontecem e da forma como elas se apresentam à mãe adolescente.

Nesta perspectiva, o desenvolvimento da autonomia da adolescente como mãe e o fortalecimento de seus vínculos maternos com a criança passam pelo apoio familiar, sendo que as dificuldades com a maternidade, e especificamente com o cuidado alimentar, podem ser menores ou maiores dependendo do suporte familiar disponível. Além disso, o contexto social em que vive esta mãe pode favorecer que seus projetos de vida sejam continuados, reduzindo, assim, o grau de vulnerabilidade a que estas jovens estão expostas pela interrupção dos estudos, busca por trabalho precoce e, geralmente, com baixa remuneração.

Cabe registrar, aqui, que as orientações contraditórias da família e as múltiplas referências alimentares apresentadas aos filhos de mães adolescentes, além da falta de rotina, são elementos do contexto (dimensão social) que exacerbam a vulnerabilidade individual. Neste sentido, é comum que diferentes membros da rede familiar ofereçam à adolescente orientações divergentes entre si, derivadas de crenças individuais e coletivas, que se cristalizam no contexto social.

[...] minha sogra me mandava dar comida forte, feijão, arroz, comida forte. Minha mãe já não, mandava eu dar comidinha leve. (Dália).

Além disso, a família, muitas vezes, assume algumas responsabilidades com a

criança, ignorando ou invisibilizando os cuidados da mãe. Em algumas situações, isso conduz a criança a fazer uma mesma refeição em dois ou três ambientes diferentes (com a mãe, nas casas dos avós, etc.), e em horários irregulares, perturbando a rotina alimentar que é fundamental na formação de hábitos alimentares saudáveis.

A minha sogra, quando eu não levanto, ela já tira uma carne prá fazer uma sopa prá neném. Tem vez que eu levo a neném lá na sogra, e a sogra dá comida prá ela. (Violeta).

Às vezes, ela se alimenta bem. Ontem, ela comeu ovo cozido, maçã, depois comeu mais um pouco lá na minha sogra, e assim vai indo, se der comida toda hora ela tá comendo. (Rosa).

Em síntese, a família, como parte importante da rede de suporte à maternidade adolescente, pode reforçar a ideia de despreparo da jovem ou apoiá-la efetivamente no movimento de conquista de sua autonomia como mãe. Contudo, diante dos achados deste estudo, sugerimos que chegar a ser sujeito autônomo nesse cenário pode ser uma tarefa árdua.

As da saúde, a enfermeira, a médica, me orientaram, mas sempre me virei sozinha desde a minha gestação. (Violeta).

Estudo realizado com profissionais de duas Unidades de Saúde da Família de Santa Maria (RS) identificou que as puérperas adolescentes atendidas pelas Estratégias Saúde da Família vivem em um ambiente assinalado por desigualdades socioeconômicas, culturais e de gênero, sendo indicado pelos profissionais, dentre os elementos produtores de vulnerabilidade das adolescentes, a baixa escolaridade decorrente das dificuldades de acesso e de permanência na escola, acentuada pobreza e, principalmente, falta de perspectiva futura para a construção de seus projetos de vida, potencializando as situações de vulnerabilidade que podem gerar ou estimular uma gestação na adolescência (CABRAL; OLIVEIRA, 2010). Reforça-se, assim, a natureza retroativa e recursiva do fenômeno da gestação e maternidade na adolescência, corroborando sua complexidade.

Por fim, a pesquisa revela claramente as adolescentes vulnerabilizadas do ponto de vista da dimensão programática quando elas relatam o suporte limitado dos profissionais de saúde no desenvolvimento de sua função materna, como provedora de alimentos para seu filho.

No começo, ela [profissional da saúde] tinha me xingado porque eu me preocupava demais com ele, que ele chorava, daí ela falou que se toda a vez que ele chorasse eu fosse levar no posto, não adiantaria. (Margarida).

Me deram um papel que tinha os alimentos, ali no posto. (Tulipa).

Salienta-se, das falas apresentadas, uma ideia de que o serviço de saúde, neste caso, não lidou com a adolescente como um sujeito de direito à saúde, a ser abordada com respeito e proteção. Além disso, as falas indicam uma prática de atenção orientada pelo modelo de prevenção tradicional, embasado na transmissão de informações, que pretende modelar comportamentos por adesão do usuário, e não por construção de sua autonomia (AYRES; CALAZANS; SALETTI-FILHO et al., 2003).

Considerando os aspectos individuais e sociais que caracterizam estas adolescentes, os esforços programáticos devem ser ponte importante para o enfrentamento das dificuldades, situação que não é evidenciada neste estudo, em que a rede básica de saúde parece não considerar as singularidades que envolvem a maternidade na adolescência, não atentando às dificuldades que podem limitar a sua autonomia como mãe.

Os profissionais de saúde parecem perceber a vulnerabilidade de mulheres no puerpério, especialmente das adolescentes, e o surgimento de problemas de saúde neste período, como falhas das puérperas no cuidado de si e de seus filhos. Este entendimento reforça a ideia corrente no campo da saúde de que os processos de adoecimento surgem em decorrência das falhas das pessoas no seu autocuidado (CABRAL; OLIVEIRA, 2010).

Com base nisso, inicialmente é preciso entender que o cuidado dispendido a alguém exige preparo, e na maternidade adolescente a rede de saúde deveria ser a principal fonte de informações e orientação para este preparo, haja vista seu saber para promover saúde dos grupos populacionais que assiste, contribuindo para que os sujeitos desenvolvam competências individuais para o autocuidado. As adolescentes, assim, construiriam autonomia para o cuidado consigo e com seus filhos. Este argumento funda-se no proposto por Morin (2011, p. 66), quando afirma que “A noção de autonomia humana é complexa, já que ela depende de condições culturais e sociais”, complementando – o autor – que, para chegar a ser sujeito e, portanto, autônomo, é preciso aprender e acessar variadas informações e saberes dos mais variados, a fim de que seja possível “escolher no estoque de ideias existentes e refletir de maneira autônoma. [...] essa autonomia se alimenta de dependência”.

Eles são pequeninhos né, a gente tem medo que ele se afogue. (Gérbera).

A família tem sido, para a adolescente, a principal fonte de informações e orientações para cuidados com a criança, modificando sua rotina no intuito de formar uma rede de apoio à adolescente. Esta rede surge porque a gravidez gera na adolescente e em seus familiares sentimentos diversos, que incluem ansiedade, tristeza e medo, uma vez que a família reconhece que o futuro da adolescente será profundamente tocado pelo nascimento da criança. O evento da maternidade, geralmente, é associado ao abandono dos estudos e das atividades de lazer e sociabilidade, convocando a adolescente a se dedicar aos cuidados com a criança, sendo a família importante suporte para que ela possa enfrentar e superar os desafios que se apresentam nesse processo e possa planejar o retorno às atividades interrompidas anteriormente (VALILA; MORAES; DALBELLO et al., 2011).

Traçando, ainda, um paralelo com o pensamento complexo, segundo Morin (2011), argumenta-se que a gestação e a maternidade na adolescência representam um momento de crise, de turbilhão, não só na vida da jovem, mas interferindo em toda sua rede de relações. Este é um evento que produz desordem, mas a partir do qual, na experiência da contradição, uma nova condição de ordem poderá surgir, em um processo auto-organizador. Se as redes nas quais a adolescente estiver inserida forem solidárias, a

reorganização da vida poderá favorecer a continuidade dos projetos da jovem. Caso contrário, poderá ser reforçada sua condição de vulnerabilidade em nível individual, social e programático.

Portanto, o apoio e a participação do sistema familiar na vida da jovem mãe é fundamental para que ela possa exercer a maternidade com responsabilidade e segurança, almejando um futuro melhor para si e seu filho. A seu turno, o sistema de saúde e os profissionais que o integram devem estabelecer relacionamento de confiança com as adolescentes e as pessoas que participam de sua vivência cotidiana, permitindo que haja um canal de comunicação efetivo e aberto o suficiente para que medos, temores, angústias e outros sentimentos que possam estar impedindo relações saudáveis na família sejam manifestados pela adolescente. São necessárias, também, ações dos profissionais de saúde a fim de favorecer o vínculo entre a adolescente e as pessoas com quem convive e com o pai da criança, podendo contribuir para que haja maior predisposição para a aceitação da criança, com representações positivas do papel materno e diminuição do estresse da jovem (MARANHÃO; GOMES; OLIVEIRA, 2012).

Destaca-se que uma investigação anterior, que objetivou compreender as principais situações enfrentadas pelas adolescentes ao tornarem-se mães e as formas de enfrentamento mobilizadas por elas, destacou achados semelhantes aos da presente pesquisa. Aqueles autores relataram que os profissionais de saúde foram pouco evidenciados, apontando a necessidade de participação mais ativa deste segmento nas orientações aos cuidados com o bebê e na identificação de dificuldades. Atenção ainda deve ser dada às especificidades da idade, fase em que ações prescritivas e impositivas devem ser especialmente evitadas (MERINO; ZANI; TESTON et al., 2013). Segundo Vieira et al. (2013), as vivências de cada adolescente devem ser entendidas pelos profissionais em seu contexto familiar, a fim de estabelecer a melhor forma de promover cuidado.

Se o cuidado está sempre a exigir dos profissionais de saúde uma atitude de verdadeira abertura ao outro, com escuta atenta às suas peculiaridades, sensível às suas necessidades, aspirações e valores, isenta de pré-julgamentos e moralismo, não é possível que eles se abstenham de um ativo e consequente posicionamento ético. Seja no plano das coletividades, seja no da interpessoalidade, uma ativa busca de fusão de horizontes normativos com o outro é fundamental para a construção de projetos políticos orientados para a emancipação solidária. Por isso, trabalhar a atenção à saúde na perspectiva dos projetos de felicidade do outro não significa assumir uma postura relativista de fazer o que é bom para o outro, mas compreender com o outro o que há de bom a fazer (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

Preconiza-se, atualmente, que a Estratégia Saúde da Família, por meio dos pressupostos da Atenção Básica, seja a 'porta de entrada', ou seja, o primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde, além de organizar a referência e contrarreferência. Neste contexto, as ações vão além dos cuidados primários, orientando o fluxo dos usuários pelos diferentes níveis de atenção à saúde (MACHADO; COLOMÉ; BECK, 2011). Isso, neste estudo, é uma evidência de vulnerabilidade na dimensão programática, uma vez que

a rede de atenção primária que recebe as adolescentes no pós-parto para acompanhamento no puerpério não as reconhece em seu território, o que inviabiliza o acompanhamento e as orientações de cuidado com a criança, incluindo os cuidados com a alimentação, desde as questões relativas ao aleitamento materno.

Em muitas situações, a intencionalidade das equipes de Saúde da Família, em prestar atenção integral aos usuários, é dificultada pela ausência de uma rede regionalizada de referência e contrarreferência de serviços assistenciais. No momento em que esta rede é rompida, o cuidado assume predominantemente o modelo clássico de assistência em saúde, o qual se sustenta pela lógica biomédica de consultas, na busca por soluções aos sinais e sintomas que o usuário apresenta (SOUSA, 2008).

Neste ponto, para ilustrar a fragilidade mencionada, aponta-se a dificuldade de acesso aos sujeitos deste estudo, o que foi determinado não pela localização geográfica, condições de moradia ou negação em participar da pesquisa, mas pelas limitadas informações obtidas nas Unidades Básicas de Saúde. Talvez essa dificuldade seja decorrente do fato de o pré-natal destas adolescentes – classificado como de risco – ser realizado na Clínica da Mulher (nível secundário) e não na Atenção Básica, afastando-as destes serviços. Esta condição sugeriu, e confirmou-se no decorrer do trabalho, como uma consequência do distanciamento destas jovens mães dos serviços de saúde da rede básica e decorrente de fragilidade na referência e contrarreferência dos serviços de saúde, assim como de uma relativa naturalização do puerpério de mãe adolescente, contribuindo para seu distanciamento em relação às Unidades Básicas de Saúde. Esta última questão traz implicações maiores, uma vez que envolve não apenas a saúde da adolescente, mas também a da criança que fica desassistida neste período de intensa vulnerabilidade à saúde.

Nessa direção, um estudo realizado com 47 profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza (CE) sobre os sentidos atribuídos às práticas de promoção da saúde do adolescente reconheceu, no discurso dos profissionais, que a política de promoção da saúde se apresenta de modo iniciante com relação às especificidades do adolescente. Os profissionais destacaram, em suas falas, a importância da escola nas ações de educação em saúde para este público. A incipiente promoção da saúde para adolescentes na Estratégia Saúde da Família, sob a ótica dos profissionais, compromete a saúde e a utilização do serviço por esta clientela (SANTOS; SILVA; MACHADO et al., 2012). No entanto, considerando estes achados e, a despeito do potencial da escola para os processos de promoção da saúde, há que se considerar que a menção à escola, neste caso, pode conter um não dito sobre a dificuldade dos profissionais de saúde para estabelecerem comunicação horizontal com o adolescente, não o compreendendo ou reconhecendo como sujeito singular. Sugere-se que é fundamental estar atento à armadilha de ‘terceirizar’ as questões relativas à saúde do adolescente para a escola, buscando-se ativamente processos de trabalho intersetorial, em que se articulem profissionais e infraestrutura da educação e da saúde, em cada território, na prevenção e promoção da saúde do adolescente.

Corroborando esta perspectiva, estudo que trata das condições de acesso aos serviços públicos de saúde relatou que não existem programas ou atividades específicas para jovens e adolescentes nas unidades da rede de Atenção Básica à saúde, indicando que o grupo não parece ser prioritário neste contexto. Os autores ainda identificaram que os atendimentos realizados nas unidades da rede básica aos adolescentes estão restritos a acompanhamento pré-natal, consultas esporádicas ou vacinação, não havendo atividades de promoção da saúde. Os profissionais de saúde justificam a falta desta programação para o adolescente pela dificuldade de atraí-los para as unidades, demonstrando que os jovens não percebem a unidade de saúde como um ambiente para eles e que os profissionais de saúde não elaboram estratégias para modificar esta realidade, vulnerabilizando o adolescente do ponto de vista programático (SOUZA; SOUZAS, 2012). A esse propósito, Ayres, Paiva e França Jr. (2012) apontam a qualidade do acesso aos serviços de saúde como um dos fatores que pode exacerbar vulnerabilidades ou, ao contrário, constituir recurso para o seu enfrentamento. Neste sentido, os Agentes Comunitários de Saúde, conhecedores de seu território de atuação, são atores fundamentais no rastreamento das mães adolescentes que se distanciam dos serviços de saúde, a fim de aproximá-las do serviço, reduzindo vulnerabilidades da díade mãe-filho.

Estudo aponta que, para os profissionais de saúde, as adolescentes são despreparadas, irresponsáveis e inseguras para cuidar de seus filhos, pelas dificuldades que apresentam com os cuidados do bebê e por não reconhecerem suas necessidades, o que, na ótica dos profissionais, dificulta que a adolescente assuma com responsabilidade as demandas da maternidade (CABRAL; OLIVEIRA, 2010). É percebendo isso que, não somente os profissionais de saúde, mas a rede de saúde como um todo, precisa se voltar para esta realidade que é a maternidade na adolescência, dada a complexidade deste evento nesta etapa do curso da vida. A gravidez na adolescência continua requerendo esforços para que seus índices sejam reduzidos, mas é essencial atentar para o fato de que a maternidade nessa fase da vida ainda é uma realidade que demanda cuidados e atenção específica.

É com base nisso, quer seja no plano mais institucionalizado de leis e convenções que regulam local e globalmente o reconhecimento mútuo de deveres e prerrogativas dos cidadãos e dos Estados frente a eles, quer seja no plano processual das bandeiras políticas de grupos sociais específicos, que os direitos humanos oferecem uma referência positiva para lidar de modo não prescritivo ou moralista, mas tampouco relativista ou inconsequente, as diversas situações de vulnerabilidade e as possibilidades de intervenção individual ou coletiva sobre elas (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa empreendida apontou, a partir da participação de nove mães adolescentes, evidências de vulnerabilidades nas dimensões individual e social, as quais

não encontram resposta no nível programático. Este cenário contribui para perpetuar o quadro de vulnerabilidade em que estas jovens se encontram, implicando seus filhos neste mesmo contexto. É relevante pontuar que, a partir das referências feitas pelas adolescentes em suas falas, constata-se que condições de vulnerabilidade presentes em seu contexto de vida se intensificaram ou se desdobraram em condições de maior vulnerabilidade com o evento da maternidade.

Para romper com o ciclo de vulnerabilidades, é fundamental o suporte programático, com vistas a fortalecer a capacidade de resposta das adolescentes na produção da própria saúde, entendida em uma perspectiva ampliada, que supera a ausência de doença e se desenvolve na lógica de projetos de vida e de felicidade. Esta realidade é complexa, perpassada por incertezas, desordens e novas ordens, que nem sempre parecem estar conduzindo a um estado melhor.

É com base nestas referências que medidas de enfrentamento precisam ser planejadas, especialmente pelos serviços de saúde em nível local, para atendimento deste público em suas especificidades, de forma a fortalecê-lo para o enfrentamento destas vulnerabilidades, permitindo que a adolescente assuma seu papel de mãe e provedora de cuidados alimentares para a criança, mas reconhecendo-a como um sujeito de direitos e inserido em uma rede de relações.

É importante ponderar, ainda, que é evidente a pertinência de ações de prevenção à gestação na adolescência, reconhecendo os 'prejuízos' deste evento para a adolescente. Entretanto, estratégias precisam ser desenvolvidas pelos diversos segmentos, como saúde e educação, por exemplo, para minimizar os efeitos da gestação e da maternidade na vida da adolescente, principalmente no que se refere a questões relativas aos estudos e aos cuidados com seu filho.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (Org). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2010.

AYRES, José Ricardo de Carvalho (Coord.) **Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids**: cuidado e promoção da saúde no cotidiano da equipe multiprofissional. São Paulo: ENHANCING CARE INITIATIVE, 2004.

AYRES, José Ricardo de Carvalho et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. (Org). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

AYRES, José Ricardo de Carvalho et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, v.16, n.40, p.67-82, 2012.

AYRES, José Ricardo de Carvalho; PAIVA, Vera; BUCHALLA, Cassia Maria. Direitos

Humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma Introdução. In: PAIVA, Vera; AYRES, José Ricardo de Carvalho; BUCHALLA, Cassia Maria (Org.) **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Curitiba: JURUÁ, 2012.

AYRES, José Ricardo de Carvalho; PAIVA, Vera; FRANÇA-JUNIOR, Ivan. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, Vera; AYRES, José Ricardo de Carvalho; BUCHALLA, Cassia Maria (Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Curitiba: JURUÁ, 2012.

CABRAL, Fernanda Beheregaray; OLIVEIRA, Dora Lucia Leidens Corrêa. Vulnerabilidade de puérperas na visão de Equipes de Saúde da Família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.2, p.368-375, 2010.

FARIAS Rejane de; MORE, Carmen Ojeda Ocampo. Repercussões da gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos em contexto de vulnerabilidade social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.25, n.3, p.596-604, 2012.

FERREIRA, Rosiane Araújo et. al. Análise espacial da vulnerabilidade social da gravidez na adolescência. **Cadernos de Saúde Pública**, v.28, n.2, p.313-323, 2012.

MACHADO, Letícia Martins; COLOMÉ, Juliana Silveira; BECK, Carmem Lúcia Colomé. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contra-referência: um desafio a ser enfrentado. **Revista de Enfermagem**, v.1, n.1, p.31-40, 2011.

MARANHÃO, Thatiana Araújo; GOMES, Keila Rejane Oliveira; OLIVEIRA, Delvianne Costa de. Relações conjugais e familiares de adolescentes após o término da gestação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.3, p.371-377, 2012.

MARTINEZ, Edson Zangiacomi et. al. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.5, p. 855-867, 2011.

MERINO, Maria de Fátima Gracia Lopes et.al. As dificuldades da maternidade e o apoio familiar sob o olhar da mãe adolescente. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.12, n.4, p.670-678, 2013.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MORIN, Edgar. Introdução ao pensamento complexo. Porto Alegre: SULINA, 2011.

MOTTA, Maria da Graça Corso da; DIEFENBACH, Grassele Denardini Facin. Dimensões da vulnerabilidade para as famílias da criança com dor oncológica em ambiente hospitalar. **Escola Anna Nery**, v.17, n.3, p.482-490, 2013.

PESSALACIA, Juliana Dias Reis; MENEZES, Elen Soraia de; MASSUIA, Dineia. Vulnerabilidade do adolescente numa perspectiva das políticas de saúde pública. **Revista Bioethikos**, v.4, n.4, p.423-430, 2010.

SANTOS, Antonía Alizandra Gomes dos et.al. Sentidos atribuídos por profissionais à

promoção da saúde do adolescente. **Ciência e saúde coletiva**, v.17, n.5, p.1275-1284, 2012.

SILVA, Marta Angélica Iossi et.al. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciência e saúde coletiva**, v.19, n.2, p.619-627, 2014.

SILVA, Rita de Cássia Ribeiro et. al. Iniquidades socioeconômicas na conformação dos padrões alimentares de crianças e adolescentes. **Revista de Nutrição**, v.25, n.4, p.451-461, 2012.

SOUSA, Maria Fátima de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.2, p.153-161, 2008.

SOUZA, Cinoélia Leal; SOUZAS, Raquel. Juventude e saúde: análise do discurso sobre oferta e acesso aos equipamentos e serviços públicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.6, p.922-928, 2012.

TOLEDO, Melina Mafra; TAKAHASHI, Renata Ferreira; DE-LA-TORRE-UGARTE-GUANILO, Mônica Cecilia. Elementos de vulnerabilidade individual de adolescentes ao HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n.2, p.370-375, 2011.

VALILA, Michele Guerreiro et.al. Gravidez na adolescência: conhecendo a experiência da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.15, n.4, p.556-66, 2011.

VIEIRA, Ana Paula Rodrigues et.al. Maternidade na adolescência e apoio familiar: implicações no cuidado materno à criança e autocuidado no puerpério. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.12, n.4, p.679-687, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adolescent pregnancy**. Geneva: World Health Organization, 2008. Disponível em: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/events/2008/mdg5/adolescent_preg.pdf. Acesso em: 20 out. 2012.

UTILIZAÇÃO DE GÁS OZÔNIO NA DESINFECÇÃO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Thais Nogueira Gonzaga¹
Dora Inés Kozusny-Andreani²

Recebido em: 26 fev. 2018
Aceito em: 28 nov. 2018

RESUMO: Nesta pesquisa objetivou-se avaliar a viabilidade técnica da aplicação de ozônio como bactericida e fungicida em amostras de resíduos de serviços de saúde potencialmente infectantes. Foram determinados os micro-organismos presentes nos resíduos gerados em um hospital particular. Para realização das análises microbiológicas e o tratamento com ozônio o material foi particulado e homogeneizado. As análises microbiológicas foram realizadas antes e após a ozonização. Para os testes de desinfecção foram retirados 10,0g de amostra que foi submetida à ozonização por 5, 10, 15, 20 e 25 minutos com doses de 140,0; 280,0; 420,0; 560,0 e 700,0mg L⁻¹ de ozônio, respectivamente. Verificou-se presença de mesófilos totais, coliformes totais e termotolerantes, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus spp*, *Candida albicans* e *Rhizopus spp*. O ozônio foi eficiente para eliminação de todos os micro-organismos em 20 minutos; nos primeiros cinco minutos de exposição ao gás verificou-se redução superior a 98%.

Palavras-chave: Bactérias patogênicas. Fungos. Ozonização.

USING OZONE GAS FOR DISINFECTION OF SOLID WASTE FROM HEALTH CARE SERVICES

ABSTRACT: The aim of this research was to evaluate the technical viability of the application of ozone as bactericide and fungicide in samples of potentially infectious health services residues. The microorganisms present in the waste generated in a private hospital were determined. The material was particulated and homogenized to perform the microbiological analysis and to undergo ozone treatment. Microbiological analysis was performed before and after ozonization. For the disinfection tests, 10.0g of sample were removed and submitted to ozonization for 5, 10, 15, 20 and 25 minutes with 140,0; 280,0; 420,0; 560,0 and 700,0mg doses of L⁻¹ of ozone, respectively. It was verified the presence of total mesophiles, total and thermotolerant coliforms, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus spp*, *Candida albicans* and *Rhizopus spp*. Ozone was efficient while eliminating all microorganisms in 20 minutes; in the first five minutes of gas exposure, the reduction was greater than 98%.

Keywords: Pathogenic bacteria. Fungi. Ozonization.

¹ Universidade Federal de Uberlândia.

² Universidade Brasil - Campus Fernandópolis.

INTRODUÇÃO

Os resíduos sólidos da saúde (RSS) incluem os materiais descartados e não tratados, provenientes de atividades de cuidados de saúde em seres humanos ou animais, que têm o potencial de transmitir agentes infecciosos. Estes incluem materiais ou equipamentos de diagnóstico, utilizados na avaliação do estado do paciente, no tratamento e na prevenção de doenças e avaliação do estado de saúde, que estiveram em contato com sangue e seus derivados, tecidos, fluidos de tecido ou excrementos ou resíduos de enfermarias. (COCCIA et al., 2010).

Os RSS podem apresentar riscos para a saúde humana quando são manuseados de maneira inadequada. Os riscos diretos e específicos para a saúde dizem respeito, principalmente, aos trabalhadores neste domínio, que devem ser protegidos do contato com os resíduos. Para o público em geral, os principais riscos para saúde são indiretos e decorrem da criação de vetores de doenças, principalmente moscas e ratos, quando não são gerenciados de forma apropriada (SINGH, 2013). O risco para a saúde humana e ao ambiente é devido ao fato de que esses resíduos podem conter uma grande variedade de micro-organismos patogênicos que geralmente incluem bactérias, vírus e fungos e, partículas proteicas infecciosas (prion) (SAINI et al., 2004; BLENKHARN, 2005; ALAGÖZ e KOCASOY, 2008).

As bactérias patogênicas isoladas com maior frequência são dos gêneros *Bacillus*, *Staphylococcus* e *Streptococcus*, juntamente com números variados de outras bactérias patogênicas nosocomiais comuns, como *Klebsiella*, *Salmonella*, *Proteus* e *Enterobacter* (COKER et al., 2009). No entanto, diversos estudos evidenciaram que as espécies microbianas mais prevalentes nos RSS são *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacillus cereus*, *Lactobacillus spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Micrococcus spp.*, *Propionibacterium acnes*, *Enterobacter spp.*, leveduras (*Candida albicans*) e bolores (ALAGÖZ, KOCASOY, 2008; NASCIMENTO et al., 2009; PARK et al., 2009; BASSEY et al., 2015; CHAYB, KOZUSNY-ANDREANI, 2015; MARTINS et al., 2015).

A presença de micro-organismos patogênicos constitui-se em uma fonte potencial de epidemias e de doenças decorrentes do gerenciamento inadequado e do despejo em aterros sanitários de resíduos sólidos. Os aterros municipais de resíduos sólidos são fontes de poluição microbiana do ar. Os micro-organismos são transportados do aterro sanitário para a atmosfera com o vento. Sua sobrevivência depende da resistência, das condições meteorológicas, da poluição do ar e da permanência na atmosfera (TRAVERSI et al., 2011). Segundo Kaźmierczuk, Bojanowicz-Bablok (2014), os aterros são fontes de emissão e dispersão de aerossóis bacterianos e fúngicos, mesmo quando existe gestão correta e manutenção adequada, influenciando na qualidade do ar em uma distância de 1000-1200 m.

Os resíduos sólidos não tratados contêm frequentemente agentes microbianos que possuem potencial de causar doenças infecciosas. O nível deste potencial frequentemente não é avaliado, mas nenhum processo de tratamento atual pode eliminar total ou

consistentemente tais riscos, no entanto, o que está claro é que os processos de tratamento alteram a distribuição e a concentração de patógenos durante o mesmo. Os órgãos geradores de RSS devem evitar a mistura de resíduos essencialmente isentos de agentes patogênicos com outros contaminados por agentes infecciosos para melhorar as taxas e as intensidades dos processos de tratamento (HAMER, 2003).

Diante dos riscos potenciais que o manejo inadequado dos resíduos de serviços de saúde representa a saúde humana e animal, assim como ao meio ambiente, existe um interesse crescente em identificar uma tecnologia confiável para o manuseio e descarte seguro destes resíduos, entretanto podem ser garantidos poucos métodos de tratamento que permitam eliminar todos os agentes infecciosos. Os processos de tratamento envolvem a destruição ou inativação irreversível de todos os patógenos presentes e a prevenção da recontaminação subsequente ou reinfecção com organismos patogênicos (ZHANG et al., 2007; ALAGÖZ, KOCASOY, 2008; OLIVEIRA et al., 2010; HOSSAIN et al., 2012; MARTINS et al., 2015; MARTINELLI et al., 2017).

A gestão e eliminação segura dos RSS é problemática devido à natureza infecciosa dos mesmos e aos elevados custos de tratamento. Em todo o mundo, a tecnologia mais comumente usada para tratar os resíduos sólidos é a incineração. A vantagem deste método de tratamento é a redução considerável do volume dos resíduos, tornando-os irreconhecíveis (GAUTAM et al., 2010). Por outro lado, a incineração libera uma grande variedade de poluentes, incluindo dioxinas, furanos e metais pesados (chumbo, mercúrio e cádmio), gases ácidos (cloreto de hidrogênio e dióxido de enxofre), monóxido de carbono e óxido de nitrogênio (HAMER, 2003;; ÖKTEN et al., 2015). Estas emissões podem ter graves efeitos sobre a segurança dos trabalhadores, a saúde pública e ao ambiente (MATTIELLO et al., 2013; ASHWORTH et al., 2014).

A tecnologia de autoclave, que consiste na esterilização por meio da aplicação de vapor saturado, sob pressão, tem sido amplamente utilizada em instalações de saúde para descontaminar os resíduos de laboratório altamente infecciosos, porque é visto como o processo mais confiável e facilmente controlável. Tipicamente, as autoclaves são usadas em hospitais para a esterilização de equipamentos médicos reutilizáveis e têm provado ser muito eficazes para esse fim. Posteriormente, os mesmos parâmetros do processo foram aplicados para esterilizar resíduos clínicos com a hipótese de que uma autoclave poderia ser eficaz para esterilizar os RSS (HAMER, 2003; OLIVEIRA et al., 2010; ÖKTEN et al., 2015). O processo danifica termicamente a estrutura celular bacteriana, incluindo a membrana externa e citoplasmática, tornando a célula não mais viável (TORTORA et al., 2012). A inativação dos mecanismos vitais das células bacterianas depende da estrutura celular bacteriana, da temperatura e da duração da submissão ao calor a que estão expostos (HOSSAIN et al., 2012).

Nos últimos anos a utilização do ozônio tem se intensificado por ser um desinfetante de amplo espectro com capacidade de inativar uma ampla gama de micro-organismos que podem ser resistentes a outros desinfetantes (SHARMA, HUDSON, 2008; ROSENBLUM et al., 2012; MARTINS et al., 2015; MARTINELLI et al., 2017). O modo de ação do ozônio

contra micro-organismos não está completamente definido. Alguns estudos sobre bactérias sugerem que o ozônio altera proteínas e ligações insaturadas de ácidos graxos na membrana celular, levando à lise celular (THANOMSUB et al., 2002). O ozônio pode interromper a atividade enzimática celular reagindo com grupos tiol e modificar as bases purinas e pirimidinas em ácidos nucleicos (RUSSELL, 2003). O ozônio é igualmente eficaz na destruição de ambos os vírus envelopados e não envelopados, produzindo danos no envelope e na capsídeo (MURRAY et al, 2008). O ozônio pode constituir um sistema antimicrobiano alternativo eficaz, uma vez que é capaz de penetrar em todas as irregularidades superficiais e é aplicável a um amplo espectro antimicrobiano (WANI et al., 2015). Face ao exposto, objetivou-se nesta pesquisa avaliar a viabilidade técnica da aplicação de ozônio como bactericida e fungicida em amostras de RSS potencialmente infectantes.

MATERIAL E MÉTODOS

ORIGEM E COLETA DAS AMOSTRAS DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os resíduos foram coletados em um hospital particular, em Uberlândia/MG. A amostragem foi realizada em três diferentes setores do hospital: Unidade de Terapia Intensiva de Adultos (UTI adulto), Unidade de Internação e Unidade de Isolamento.

A coleta de resíduos em três locais distintos teve o intuito da obtenção de amostras representativas dos diferentes micro-organismos que poderiam estar presentes nos resíduos, nos diferentes locais.

As coletas foram realizadas no período da manhã. Nas operações de coleta foram retirados 2,0 kg de RSS, em cada um dos locais escolhidos. Foram realizadas duas amostragens, com intervalo de, aproximadamente, trinta dias, totalizando seis amostras de material para o estudo. Em todos os procedimentos de coleta foram utilizados equipamentos de proteção individual (EPIs). Cada amostra de resíduo infectante foi acondicionada em saco plástico na cor branca leitosa, de capacidade compatível com a quantidade coletada, que foi devidamente fechado e, conservada em caixa isotérmica com gelo, transportada ao Laboratório para realização das análises microbiológicas e subsequente desinfecção com gás ozônio. Os procedimentos laboratoriais foram realizados sempre dentro das 24h posteriores à amostragem.

MEIOS DE CULTURA E ANÁLISE MICROBIOLÓGICA

Para o cultivo de micro-organismos foram utilizados os seguintes meios de cultura: caldo de Lauril Triptose (LTB, OXOID®), caldo Verde Brilhante Bile (BGBB, OXOID®), ágar

Triptecaseína Soja (TSA, OXOID®), ágar Eosina Azul de Metileno (EMB, OXOID®), ágar Salmonella Shigella (SS, OXOID®), ágar Sangue (TSA, OXOID®), ágar Sabouraud (HIMEDIA), ágar Baird Parker (OXOID®), ágar Cetrímide (OXOID®) e ágar seletivo para *Clostridium* (OXOID®), preparados de acordo com as recomendações do fabricante.

Para análise microbiológica foi empregada a metodologia preconizada pela American Public Health Association (APHA, 2012). Inicialmente, as amostras foram particuladas e homogeneizadas com auxílio de tesoura e espátula esterilizadas, em seguida foram coletadas sub amostras de 10,0g (em quadruplicata), para submissão à diluição seriada em 90 mL de solução salina (NaCl 0,5%) esterilizada.

Para a contagem de coliformes totais, preparou-se diluições seriadas, de amostras do RSS, em solução salina (NaCl, 0,85%) e, uma alíquota 1 mL foi transferida asépticamente para uma série de tubos de ensaio contendo tubo de Durham invertido e caldo de Lauril Triptose (LTB). Os tubos foram agitados suavemente e incubados durante 48 horas a 37 °C. A produção de gás e a fermentação de lactose foram observadas como reações positivas.

Os coliformes termotolerantes foram determinados empregando-se diluições seriadas e uma alíquota de 1,0 mL foi transferida para tubos contendo tubo de Durham invertido e caldo Verde Brilhante Bile (BGBB). Os tubos foram agitados suavemente e incubados durante 48 h a 44,5 °C. A produção de gás e a fermentação de lactose foram observadas como reações positivas.

Para o isolamento de outras bactérias e fungos, 0,1 mL de cada diluição foram inoculados em Placas de Petri sobre os meios específicos estéreis. Os inóculos foram espalhados pelas superfícies dos meios, com auxílio de alça de Drigalski e incubadas, à temperatura de 37 °C, por intervalos de tempo de 24-48h. Após esse período realizou-se a contagem e a avaliação das características das colônias quanto à forma, tamanho e cor. A quantificação foi expressa em unidades formadoras de colônias por grama de RSS (UFC g⁻¹).

As bactérias e os fungos foram caracterizados, respectivamente, pela coloração de Gram e pelo Azul de Algodão e identificados por métodos bioquímicos, de acordo com a metodologia descrita por Winn et. al. (2008).

Para a identificação das espécies bacterianas Gram-negativas foi utilizado o sistema API 20E (Analytical Profile Index, BioMérieux) e para a caracterização das espécies bacterianas Gram-positivas foram realizados os testes bioquímicos: catalase, coagulase, DNase, oxidase e hemólise.

Todos os experimentos para as análises microbiológicas, tanto das amostras coletadas do resíduo antes do tratamento quanto para as amostras do resíduo tratado, foram realizados em quadruplicata.

TRATAMENTO DO RSS COM OZÔNIO

Para a realização dos testes de desinfecção foram retirados 10,0g de cada uma das amostras particuladas e submetidos à ozonização, em intervalos de tempo de 5, 10, 15, 20 e 25 minutos com dose de 1400, 280,0 420,0 560,0 e 700,0mg L⁻¹ de ozônio, respectivamente.

O ozônio foi obtido por um equipamento gerador corona, Modelo Ozone & Life® (Medical System), sendo a concentração do gás limitada pelo equipamento, calibrado em uma vazão de O₃ de 28mg L⁻¹. O fluxo de entrada do gás oxigênio (O₂) utilizado foi de 1L por minuto de O₂ e a temperatura do ambiente controlada entre 18-20 °C durante todo o experimento. O gás ozônio foi conduzido ao recipiente de ozonização por meio de um tubo de silicone.

Finalizado cada período de ozonização foi retirada uma alíquota de 1,0g do material tratado para a repetição das análises microbiológicas, em proporção, tanto para a massa das amostras quanto para a quantidade do diluente (1,0g:9,0 mL).

A CÂMARA DE OZONIZAÇÃO

Foi utilizado um sistema de fumigação de ozônio modificado, proposto por Wani et al. (2015). Esta câmara foi projetada para melhorar a aplicação de ozônio nas superfícies a serem desinfetadas, para reduzir o tempo necessário de exposição dos materiais ao ozônio e para aumentar as concentrações de ozônio desejadas no interior da mesma. A câmara usada na ozonização foi confeccionada em vidro, em formato retangular, com dimensões de 25,5 x 25,0 x 15,3 cm (9,7 cm³ ou 9,7 L).

A câmara foi fechada na parte superior com uma tampa móvel para inserção e retirada do material. Nas extremidades foram colocados orifícios que permitissem a entrada e saída do gás. A amostra de RSS foi colocada no interior da câmara e foi então exposta ao ozônio, uma vez que a concentração desejada foi atingida.

VARIAÇÃO DAS CARGAS MICROBIANAS NAS AMOSTRAS

Nas amostras de resíduo tratadas in vitro foram avaliados os percentuais de redução da contagem microbiana devido à ação do ozônio, em função dos intervalos de tempos de tratamento n (5, 10, 15, 20 e 25 minutos), em que a contagem inicial é a contagem microbiana antes do tratamento, por meio da seguinte expressão:

$$\% \text{ de redução da carga microbiana} = \frac{(\text{contagem}_{n \text{ min}} - \text{contagem}_{\text{inicial}})}{\text{contagem}_{\text{inicial}}}$$

ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS

Os dados obtidos foram analisados por meio da análise descritiva da contagem microbiana de diversos micro-organismos contidos nas amostras dos resíduos de acordo com o local de coleta e o tratamento antimicrobiano de ozonização e a aplicação do teste de análise de variância com teste de comparação múltipla de Games-Howell, quando $p < 0,05$, para a comparação da contagem microbiana referentes às amostras dos locais de coleta e aos tratamentos por ozonização. Todos os testes estatísticos foram aplicados com nível de significância de 5% (ZAR, 2009). O software utilizado para a realização da análise foi Minitab 17 (Minitab Inc.)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, o estudo realizado permitiu a identificação e a quantificação dos micro-organismos potencialmente infectantes presentes nas amostras de RSS coletadas nos três locais escolhidos: UTI adulto, unidade de internação e unidade de isolamento. Verificou-se presença de bactérias mesófilos totais, coliformes totais, coliformes termotolerantes, *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus spp.*, de leveduras da espécie *Candida albicans* e de bolores identificados como *Rhizopus spp.* (Tabela 1). Estes resultados são equivalentes aos obtidos por Park et al. (2009) que detectaram uma série de micro-organismos, incluindo *Pseudomonas spp.* e *Staphylococcus spp.*, em vários tipos de resíduos clínicos. Alagoz, Kocasoy (2008) realizaram análises microbiológicas em RSS para determinar a quantidade de bactérias patogênicas por métodos de contagem de colônias e detectaram bactérias coliformes, *Escherichia coli*, *Enterobacter*, *Pseudomonas spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Bacillus cereus*, *Salmonella spp.*, *Legionella*, leveduras e bolores.

Os resultados da Tabela 1 indicam a presença de diferenças significativas em todas as comparações quantitativas dos micro-organismos das amostras colhidas nos três locais, exceto para *Candida albicans* que, por sua vez, apresentou contagem semelhante nas amostras dos resíduos dos três locais avaliados ($p=0,101$). A análise comparativa não foi possível de ser realizada no caso da contagem do micro-organismo da espécie *Proteus spp.*, pois não houve contagem microbiana para tal nas amostras do local UTI adulto, impossibilitando a comparação com as dos demais locais avaliados.

A contagem de mesófilos totais e coliformes totais apresentou diferenças significativas quando as amostras dos locais foram comparadas, sendo que as da unidade de isolamento foram as que apresentaram maior contagem para os micro-organismos mencionados e as da UTI adulto menor contagem microbiana. Para coliformes termotolerantes, *E. coli* e *Staphylococcus spp.* as contagens de micro-organismos das amostras das unidades de isolamento e de internação não diferiram entre si, mas tais valores médios diferiram de forma significativa das contagens observadas nas amostras da UTI adulto, que apresentaram menores quantidades de micro-organismos. Em pesquisa

realizada por Chayb, Kozusny-Andreani (2015) nas análises microbiológicas dos resíduos sólidos infectantes obtidos de um hospital escola de Uberlândia-MG, foram encontradas bactérias patogênicas e oportunistas das espécies *Escherichia coli*; *Proteus spp*; *Pseudomonas aeruginosa*; *Klebsiella spp*; *Staphylococcus aureus*; *Micrococcus spp*; *Bacillus spp*; e fungos como: *Candida spp*; *Aspergillus niger*; *Penicillium spp*; *Fusarium spp*; *Rhizopus spp.*, sendo que a *E. coli* e *Staphylococcus aureus* apresentaram maior expressão numérica.

Martins et al. (2015) realizaram isolamento e identificação dos micro-organismos presentes em RSS do município de Santa Fé do Sul (SP) e constataram elevadas concentrações de micro-organismos patogênicos, principalmente na área hospitalar, uma vez que, neste ambiente, ocorre um percentual elevado de procedimentos invasivos e clientes susceptíveis a infecções hospitalares. As espécies isoladas foram *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Candida albicans*, *Clostridium tetani*, *Staphylococcus sp*, *Aspergillus niger*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Microsporum gypseum* e *Clostridium sp*.

Em função da carga microbiana elevada os RSS requerem tratamento especial durante todo o processo de segregação. Os cuidados com os resíduos infectantes iniciam-se no descarte, pela separação do material não contaminado, pois os resíduos sólidos que podem causar infecção devem ser submetidos a processos de tratamento em equipamento que promova redução de carga microbiana, para posteriormente serem encaminhados para aterro sanitário licenciado ou local devidamente licenciado para disposição final (BRASIL, 2005).

Nos processos de tratamento dos RSS objetiva-se a destruição ou inativação irreversível de todos os agentes patogênicos presentes e a prevenção da recuperação ou reinfecção com estes agentes. (ZHANG et al., 2007; ALAGÖZ, KOCASOY, 2008; OLIVEIRA et al., 2010). Estes procedimentos devem anteceder à deposição final para preservar a saúde pública e ambiental. Estudos realizados por Bassey et al. (2015), utilizando procedimentos microbiológicos padrão de detritos sólidos em decomposição, do lixiviado, do solo e do ar evidenciaram que as bactérias predominantes foram *Escherichia coli*, *Chromobacterium spp*, *Staphylococcus spp.*, *Salmonella spp* *Klebsiella spp*. As altas contagens bacterianas associadas a estes achados são indicativas do risco elevado de infecções microbianas.

Outra questão a ser considerada em relação aos aterros sanitários e a necessidade de tratamento eficiente dos RSS são os bioaerossóis gerados, que se constituem em fontes de poluição microbiana do ar. Os micro-organismos são transportados do aterro sanitário para a atmosfera com o vento onde permanecem suspensos. A emissão de bioaerossóis é considerável e pode atingir 1000-1200 m do local de emissão (TRAVERSI et al. 2011). Em amostras de ar coletadas do aterro e nas proximidades foram isoladas bactérias pertencentes aos gêneros *Escherichia*, *Proteus*, *Enterobacter* e *Klebsiella*. Entre as leveduras o gênero *Candida* foi identificado. Sua presença no ar pode representar uma ameaça potencial para a saúde humana, reforçando a necessidade de tecnologias eficientes capazes de eliminar a carga microbiana dos RSS (KAŹMIERCZUK,

BOJANOWICZ-BABLOK, 2014).

A fumigação de materiais com gás ozônio pode constituir um sistema antimicrobiano alternativo eficaz, uma vez que é capaz de penetrar em todas as irregularidades superficiais e é aplicável a um amplo espectro microbiano (SHARMA, HUDSON, 2008; ROSENBLUM et al., 2012; MARTINS et al., 2015; MARTINELLI et al., 2017). Devido à sua meia vida curta, sua toxicidade e reatividade o ozônio deve ser produzido no local, em que reage principalmente com ligações duplas carbono-carbono, estruturas aromáticas ativadas e aminas não protonadas. O ozônio reage mais lentamente com ácidos graxos e carboidratos, e mais rapidamente com proteínas, aminas, aminoácidos, ácidos nucleicos e grupos funcionais de proteínas (ROSENBLUM et al., 2012).

Tabela 1. Média ± desvio padrão da contagem microbiana de amostras de RSS das: Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI Adulto), Unidade de Internação e Unidade de Isolamento de um hospital particular do Município de Uberlândia, MG, Brasil

Micro-organismo	Local de coleta			Valor p ¹
	UTI adulto	Unidade de internação	Unidade de isolamento	
Mesófilos totais	2,7.10 ⁴ ±1,2.10 ⁴ c	1,6.10 ⁵ ±3,2.10 ⁴ b	3,2.10 ⁶ ±1,1.10 ⁶ a	<0,001
Coliformes totais	9,8.10 ¹ ±5,3.10 ¹ c	5,6.10 ² ±1,2.10 ² b	3,9.10 ³ ±5,4.10 ³ a	<0,001
Coliformes termotolerantes	2,7.10 ¹ ±5,9.10 ⁰ b	4,3.10 ¹ ±1,7.10 ⁰ a	3,0.10 ² ±2,4.10 ² a	<0,001
<i>Escherichia coli</i>	5,7.10 ⁰ ±1,0.10 ⁰ b	2,2.10 ¹ ±8,6.10 ⁰ a	4,5.10 ¹ ±2,1.10 ¹ a	<0,001
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	6,7.10 ⁰ ±2,5.10 ⁰ a	9,2.10 ⁰ ±3,7.10 ⁰ a	3,8.10 ⁰ ±1,6.10 ⁰ b	0,005
<i>Proteus spp.</i>	0,0±0,0	2,5.10 ⁰ ±0,9.10 ⁰	7,8.10 ⁰ ±1,5.10 ⁰	-
<i>Staphylococcus aureus</i>	1,8.10 ¹ ±1,3.10 ⁰ b	1,6.10 ¹ ±2,0.10 ⁰ b	4,3.10 ¹ ±2,2.10 ¹ a	0,007
<i>Staphylococcus spp.</i>	1,6.10 ⁰ ±0,5.10 ⁰ b	5,7.10 ⁰ ±0,4.10 ⁰ a	5,7.10 ⁰ ±1,9.10 ⁰ a	<0,001
<i>Candida albicans</i>	4,4.10 ¹ ±3,8.10 ¹	1,7.10 ¹ ±1,0.10 ¹	2,9.10 ¹ ±1,6.10 ¹	0,101
<i>Rhizopus spp.</i>	1,8.10 ⁰ ±0,3.10 ⁰ b	4,8.10 ⁰ ±1,1.10 ⁰ a	2,3.10 ⁰ ±0,7.10 ⁰ b	<0,001

¹ Valor p referente ao teste de Análise de Variância a P<0,05. Letras diferentes na mesma linha indicam diferenças significativas pelo teste de comparação múltipla de Games-Howell a P<0,05.

A propriedade bactericida do ozônio foi demonstrada em micro-organismos Gram-positivos (*Listeria monocytogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*) e Gram-negativos (*Yersinia enterocolitica*, *P. aeruginosa*, *Salmonella typhimurium*) e em esporos (GUÍZEL-SEYDIM et al., 2004). Foram identificados dois mecanismos principais pelos quais o ozônio exerce o efeito bactericida. Um deles é a oxidação de grupos sulfidrilo e aminoácidos de enzimas, peptídeos e proteínas. O outro mecanismo é baseado na oxidação dos ácidos graxos poli-insaturados (PUFAs). Nas bactérias Gram-negativas os efeitos destrutivos incidem nas camadas de lipoproteína e lipopolissacarídeos, o que contribui para o aumento da permeabilidade das células, que resulta na sua lise. O ozônio atua como um oxidante intracelular (THANOMSUB et al., 2002; RUSSELL, 2003).

A Tabela 2 evidencia os resultados da ação antimicrobiana do ozônio em relação às amostras dos resíduos coletadas nos três locais de estudo. Os resultados sugerem a existência de diferenças significativas na contagem microbiana nas amostras dos resíduos sem tratamento e após a ozonização, mostrando que as amostras de RSS da unidade de isolamento foram as que apresentaram maiores contagens de micro-organismos, sendo as

que apresentaram menor eficiência na desinfecção quando submetidas à ozonização pelos intervalos de tempos pré-determinados para as análises. O intervalo de tempo de 15 minutos foi o suficiente para que as amostras da UTI adulto e da unidade de internação apresentassem contagem nula de micro-organismos, resultado que evidenciou a eficácia da ação do ozônio nas amostras de resíduos coletadas nesses locais. Para as amostras da unidade de isolamento foi necessário um intervalo de tempo de 20 minutos para que o mesmo efeito ocorresse.

Tormin et al. (2016) avaliaram o poder bactericida do ozônio gasoso sobre as bactérias multirresistentes *Staphylococcus aureus*, *Acinetobacter baumannii*, *Enterococcus faecalis* resistentes à vancomicina e *Pseudomonas aeruginosa*. Observaram que após infusão por 4 minutos de ozônio gasoso na concentração de $10 \mu\text{g mL}^{-1}$ não houve crescimento bacteriano nas leituras de 48h e após 7 dias. Já nas concentrações de $4 \mu\text{g mL}^{-1}$ e $3 \mu\text{g mL}^{-1}$, constataram crescimento bacteriano, embora em menores quantidades, mostrando ação bactericida parcial. Os autores concluíram que o ozônio tem efeito bactericida sobre bactérias multirresistentes, sendo este efeito proporcional à concentração e ao tempo de exposição. Nogales et al. (2014) compararam a atividade antimicrobiana de 3 diferentes concentrações de ozônio em *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* e *Enterococcus faecalis* e constataram que o ozônio aquoso em concentração de $8 \mu\text{g mL}^{-1}$ foi o mais eficiente para eliminar as três bactérias avaliadas.

No entanto, há possibilidade de variação na sensibilidade dos diferentes micro-organismos quando expostos ao ozônio e fatores ambientais podem afetar a inativação dos mesmos. Em ensaio *in vitro* conduzido em ágar com patogêneos Gram-positivos e Gram-negativos não foi observada diferença significativa nas contagens de colônias quando foram empregados tratamentos com concentração de ozônio entre 10 ppm e 50 ppm. Isto é possivelmente em razão de as células serem fisicamente protegidas por outras na superfície do ágar, isto é, quando as células são espalhadas no meio de cultura, algumas podem não estar presentes como células individuais, mas como grupos que proporcionam proteção física (WANI et al., 2015).

Diante dos resultados da Tabela 3 é possível pressupor que o intervalo de tempo de 15 minutos de exposição dos resíduos ao ozônio foi eficaz para promover a desinfecção desses materiais. Além disso, é possível observar que nos primeiros cinco minutos de exposição desses materiais ao ozônio, a carga microbiana atingiu reduções superiores a 98%. Martinelli et al. (2017) investigaram a eficácia do tratamento do ozônio (aquoso e gasoso) como uma tecnologia sanitizante alternativa aos desinfetantes convencionais comuns na redução da contaminação microbiana da água e do ar. Os tratamentos com ozônio aquoso e gasoso foram eficazes contra contaminantes microbianos, reduzindo as unidades formadoras de colônias dos micro-organismos *E. coli* (26,4% de redução), *P. aeruginosa* (57,4%), *S. aureus* (98,9%), *Streptococcus faecalis* (64,2%) e *Legionella pneumophila* (87,5%), constituindo-se em uma alternativa extremamente promissora, permitindo a possibilidade de reutilização de água contaminada.

Tabela 2. Média \pm desvio padrão da contagem microbiana das amostras de RSS dos locais avaliados de

acordo com a ação antimicrobiana do ozônio

Ação antimicrobiana do ozônio	Concentrações de ozônio	Local de coleta			Valor p ¹
		UTI adulto	Unidade de internação	Unidade de isolamento	
Sem ozônio	0	2,8.10 ⁴ ±1,2.10 ⁴ c	1,7.10 ⁵ ±2,1.10 ⁴ b	3,3.10 ⁶ ±1,1.10 ⁶ a	<0,001
Ozônio 5 minutos	140 mg L ⁻¹	8,0.10 ¹ ±4,8.10 ¹ b	2,2.10 ³ ±9,8.10 ² a	5,6.10 ³ ±3,5.10 ³ a	<0,001
Ozônio 10 minutos	280 mg L ⁻¹	7,0.10 ⁰ ±6,0.10 ⁰ c	1,9.10 ¹ ±7,9.10 ⁰ b	9,2.10 ¹ ±5,4.10 ⁰ a	<0,001
Ozônio 15 minutos	420 mg L ⁻¹	0,0±0,0	0,0±0,0	0,8.10 ⁰ ±0,3.10 ⁰	-
Ozônio 20 minutos	560 mg L ⁻¹	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	-
Ozônio 25 minutos	700 mg L ⁻¹	0,0±0,0	0,0±0,0	0,0±0,0	-

¹ Valor P referente ao teste de Análise de Variância a P<0,05. Letras diferentes na mesma linha indicam diferenças significativas pelo teste de comparação múltipla de Games-Howell a P<0,05.

Tabela 3. Média ± desvio padrão do percentual de redução da carga microbiana devido à ação do ozônio nas amostras de RSS dos locais avaliados no estudo

Redução (%)	Local		
	UTI adulto	Unidade de internação	Unidade de isolamento
Inicial – 5 min	99,5±0,3	98,7±0,4	99,7±0,1
Inicial – 10 min	99,9±0,0	99,9±0,0	99,9±0,0
Inicial – 15 min	100±0,0	100±0,0	100±0,0
Inicial – 20 min	100±0,0	100±0,0	100±0,0
Inicial – 25 min	100±0,0	100±0,0	100±0,0

É evidente que existe um interesse crescente em identificar uma tecnologia confiável para o manuseio e descarte seguro de resíduos sólidos da saúde. As tecnologias disponíveis como a incineração e a autoclavagem amplamente utilizadas apresentam em alguns casos riscos a saúde pública e ambiental. A incineração de RSS acarreta a liberação de poluentes, entre eles a dioxina que está ligada a doenças como o câncer, diabetes, defeitos congênitos, do sistema imunológico, entre outras. Tem sido relatado que os incineradores de resíduos da saúde são uma das principais fontes de dioxinas e mercúrio no ambiente (HAMER, 2003; MATTIELLO et al., 2013; ASHWORTH et al., 2014; ÖKTEN et al., 2015). A incineração pode, portanto, ser considerada como uma tecnologia inadequada para o tratamento de RSS.

Nos últimos anos, ambientalistas e agências de políticas públicas têm procurado definir tecnologias de esterilização adequadas para os RSS, para assegurar a possibilidade de reciclagem e a reutilização de alguns materiais. Neste contexto, o tratamento com autoclave a vapor está recebendo considerável atenção como possível alternativa à incineração, bem como o desenvolvimento sustentável da gestão, pois favorece a logística reversa a partir de resíduos esterilizados (HAMER, 2003; OLIVEIRA et al., 2010; ÖKTEN et al., 2015).

Em vista a avaliar os custos de investimento e de funcionamento das diferentes tecnologias de tratamento de 10.000 kg resíduos de serviços de saúde, Ökten et al. (2015) realizaram um estudo comparando as tecnologias de autoclave, de conversão e de

ozonização. Em todos os sistemas o investimento inicial do sistema tinha um custo fixo definido como o primeiro custo pago para a aquisição do sistema. Os custos operacionais foram as variáveis de energia elétrica, de consumo de água e de gás natural. O consumo de água da autoclave foi significativamente maior; na ozonização o consumo foi mínimo e as águas residuais não foram produzidas no final do tratamento. A capacidade de tratamento, em horas, seriam necessárias 20 h com o conversor, 12,5 h com o ozonizador e, 26 h com a autoclave. Os custos mensais foram menores com a ozonização, 925,6 dólares, enquanto que com o conversor e autoclave foram de 12.036 e 9.418,24 dólares, respectivamente. A técnica de descontaminação por ozonização foi a opção economicamente mais vantajosa para o tratamento de resíduos de serviços da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As vantagens da ozonização apresentadas e a eficácia antimicrobiana comprovadas nesta pesquisa evidenciam a possibilidade da sua utilização no controle de bactérias patogênicas na área da saúde, na descontaminação de ambientes, de resíduos, de efluentes, de instrumentais, entre outros.

REFERÊNCIAS

ALAGÖZ, Aylin Zeren; KOCASOY, Günay. Determination of the best appropriate management methods for the health-care wastes in İstanbul. **Waste Management**, New York, v. 28, 1227-1235, fev. 2008.

APHA-American Public Health Association. *Standard methods for the examination of water and wastewater* (22nd ed.). Washington, DC: American Public Health Association, 2012.

ASHWORTH, Danielle C.; ELLIOTT, Paul; TOLEDANO, Mirielle B. Waste incineration and adverse birth and neonatal outcomes: A systematic review. **Environmental International**, London, v. 69, p.120–132, nov. 2014.

BASSEY, Ini U. et al. Environmental and Public Health Aspects of Solid Waste Management at the Lemna Dumpsite in Calabar, Cross River State, Nigeria. **International Journal of Tropical Disease & Health**, Chicago, v. 10, n.3, p.1-13, jan. 2015, doi: 10.9734/ijtdh/2015/20023

BLENKHARN, Ian. Safe disposal and effective destruction of clinical wastes. **Journal of Hospital Infection**, London, v. 60, p. 295–297, set. 2005.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. Conselho Nacional do Meio Ambiente. *Resolução n. 358, de 29 de abril de 2005*. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, 2005. Disponível em: http://www.mma.gov.br/port/conama/legislacao/CONAMA_RES_CONS_2005_358.pdf

CHAYB, Edilza Felicia; KOZUSNY-ANDREANI, Dora Inés. Estudo comparativo da contaminação por micro-organismos patogênicos em resíduos domiciliares e de saúde em Uberlândia (MG). **Revista Brasileira Ciências Ambientais**, Rio de Janeiro, v. 37, set. 2015; doi: 10.5327/Z2176-9478201512414

COCCIA, Ana Maria et al. Airborne microorganisms associated with waste management and recovery: biomonitoring methodologies. **Annali dell'Istituto Superiore Di Sanita**, Roma, v.46, n.3, p.288-292, 2010. doi: 10.4415/ANN_10_03_11.

COKER, Akinwale et al. Medical waste management in Ibadan, Nigeria: Obstacles and prospects. **Waste Management**, New York, v.29, n.2, p.804–811, fev. 2009. doi.org/10.1016/j.wasman.2008.06.040

GAUTAM, Vidhi; THAPAR, Rajni.; SHARMA Mohita, Resham. Biomedical waste management: Incineration vs. environmental safety. **Indian Journal of Medical Microbiology**, New Delhi, v.28, p.191–192, jul-set. 2010. <http://www.ijmm.org/text.asp?2010/28/3/191/66465>

GÜZEL-SEYDIM, Zeynep; BEVER, Paul; GREENE, Annel. Efficacy of ozone to reduce bacterial populations in the presence of food components. **Food Microbiology**, Estados Unidos, v.21, n.4, p.475-479, aug. 2004. doi.org/10.1016/j.fm.2003.10.001

HAMER, Geoffrey. Solid waste treatment and disposal: effects on public health and environmental safety. **Biotechnology Advances**, London, v.22, p.71–79, dec. 2003. doi.org/10.1016/j.biotechadv.2003.08.007

HOSSAIN, Sohrab et al. Treatment of Clinical Solid Waste Using a Steam Autoclave as a Possible Alternative Technology to Incineration. **International Journal Environmental Research and Public Health**, Switzerland, v.9, n.3, p. 855-867;mar. 2012, doi:10.3390/ijerph9030855

KAŹMIERCZUK, Marcin; BOJANOWICZ-BABLOK, Anna. Bioaerosol concentration in the air surrounding municipal solid waste landfill. **Environmental Protection and Natural Resource**, Polónia v.25, n. 2(60), p. 17–25, jun. 2014. doi: 10.2478/oszn-2014-0015

MATTIELLO, Amalia et al. Health effects associated with the disposal of solid waste in landfills and incinerators in populations living in surrounding areas: A systematic review. **International Journal of Public Health**, Switzerland, v.58, p.725-735, oct. 2013. doi.org/10.1007/s00038-013

MARTINELLI, Mauro et al. Water and air ozone treatment as an alternative sanitizing technology. **Journal of Preventive Medicine and Hygiene**, Roma, v.58 n.1, , E48-E52, mar. 2017. doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2017.58.1.757

MARTINS, Carmem Costa; KOZUSNY-ANDREANI, Dora Inés; MENDES, Elena Carla Batista. Ozônio no controle de micro-organismos em resíduos de serviços de saúde. **Revista Baiana Enfermagem**, Salvador, v.29, n.4, p.318-29, out/dez. 2015. doi.org/10.18471/rbe.v29i4.13678.

MURRAY, Byron K. et al. Virion disruption by ozone-mediated reactive oxygen species. **Journal of Virological Methods**, London, v.153, p.74-77, jul. 2008. doi.org/10.1016/j.jviromet.2008.06.004

NASCIMENTO, Thiago Cesar et al. Ocorrência de bactérias clinicamente relevantes nos resíduos de serviços de saúde em um aterro sanitário brasileiro e perfil de susceptibilidade a antimicrobianos. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v.42, n.4, p.415-419, jul/ago. 2009. doi.org/10.1590/S0037-86822009000400011.

NOGALES, Carlos Goes et al. Comparison of the antimicrobial activity of three different concentrations of aqueous ozone on *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, and *Enterococcus faecalis* – *in vitro* study. **Revista Española Ozonoterapia**, Madrid, v.4, n.1, p.9-15, 2014.

OLIVEIRA, Emerson A. et al. Microwave inactivation of *Bacillus atrophaeus* spores in healthcare waste. **Waste Management**, New York, v. 30, p.2327-2335, nov. 2010. doi:10.1016/j.wasman.2010.05.002

ÖKTEN, Hatice Eser; CORUM, Adnan; DEMIR, Hacer Handan. A comparative economic analysis for medical waste treatment options. **Environment Protection Engineering**, Polónia, v.41, n.3, 2015. doi: 10.5277/epe150310

PARK, Hongrae et al. Detection and hazard assessment of pathogenic microorganisms in medical waste. **Journal of environmental science and health**, Philadelphia, v. 44, p. 995-1003, ago. 2009. <http://www.tandfonline.com/loi/lesa>

ROSENBLUM, James et al. Ozonation as a clean technology for fresh produce industry and environment: sanitizer efficiency and wastewater quality. **Journal of Applied Microbiology**, Oxford, v.113, n.4, p.837-845, mar. 2012. doi: 10.1111/j.1365-2672.2012.05393.x.

RUSSELL, A. Denver. Similarities and differences in the responses of microorganisms to biocides. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, London, v.52, n.5, p.750-763, nov. 2003. doi.org/10.1093/jac/dkg422

SAINI, Savita et al.. The study of bacterial flora of different types in hospital waste: Evaluation of waste treatment at aims hospital, New Delhi. **Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health**, Bangkok, v. 35,n.4, 986-989, dec. 2004.

SHARMA, Manju; HUDSON, James B. Ozone gas is an effective and practical antibacterial agent. **American Journal of Infection Control**, New York, v.36, p.559-63, oct. 2008. doi.org/10.1016/j.ajic.2007.10.021

SINGH Pragya, Impact of Solid Waste on Human Health: A Case Study of Varanasi City. **International Journal of Scientific & Engineering Research**, Estados Unidos, v. 4, n.11, p.1840-1842, nov. 2013. <http://www.ijser.org>

THANOMSUB, Benjamas et al. Effects of ozone treatment on cell growth and ultrastructural changes in bacteria. **Journal of Applied Microbiology**, Oxford, v.48, p.193-199, jun. 2002.

TORMIN, Stephanie Corradini et al. Análise do efeito bactericida do ozônio sobre bactérias multirresistentes. **Arquivos médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**. São Paulo, v.61, p.138-141, 2016.

TORTORA Geralda Jerry, FUNKE Berdell R., CASE Cristiane L. **Microbiologia**. 10^a. ed. Porto Alegre: Artmed Editora SA; 2012.

TRAVERSI, Deborah et al. Size-fractionated PM10 monitoring in relation to the contribution of endotoxins in different polluted areas. **Atmospheric Environmental**, Estados Unidos, v.45, p. 3515-3521, jul. 2011. doi.org/10.1016/j.atmosenv.2011.04.020

WANI, Shreya et al. Effect of Ozone Treatment on Inactivation of *Escherichia coli* and *Listeria* sp. on Spinach. **Agriculture**, Switzerland, v.5, p.155-169, jun. 2015. doi:10.3390/agriculture5020155

WINN JUNIOR, Washington. et al. **Diagnóstico microbiológico - texto e atlas colorido**. 6^a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.

ZAR, Jerrold H. **Biostatistical Analysis**. 5th edition. Essex: Prentice Hall, 2009.

ZHANG, Jian et al. Supercritical carbon dioxide and hydrogen peroxide cause mild changes in spore structures associated with high killing rate of *Bacillus anthracis*. **Journal of Microbiology Methods**, Amsterdam, v. 70, p. 442–451, jun. 2007. doi: [10.1016/j.mimet.2007.05.019](https://doi.org/10.1016/j.mimet.2007.05.019)

OS CUIDADOS INTENSIVOS SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Alda Vanessa Cardoso Ferreira¹
Gabriela de Sousa Dantas Cunha²
Marcelle Napoleão do Rêgo Formiga³

Recebido em: 27 fev. 2018

Aceito em: 28 nov. 2018

RESUMO: O presente estudo tem o objetivo de compreender como os profissionais de saúde da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) cuidam dos pacientes críticos e quais são as variáveis emocionais que estão implicadas neste cuidado. Especificamente tem o propósito de compreender a percepção que os participantes têm sobre o que é cuidar, quais são as variáveis emocionais que favorecem e dificultam o cuidar, como percebem a própria disponibilidade e habilidade para cuidar e qual a visão que têm de si mesmos como cuidadores. Para tanto, realizou-se uma pesquisa qualitativa, de cunho exploratório descritivo. Foram entrevistados 13 sujeitos de uma UTI de um hospital público de referência na cidade de Teresina-Piauí. Para tanto, utilizou-se um questionário sociodemográfico para categorização dos sujeitos e uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas. As entrevistas foram analisadas em seu conteúdo, tendo sido criadas cinco categorias para a discussão dos dados. A análise dos dados foi realizada com base na análise de conteúdo de Bardin, a qual opera em três polos principais: a pré-análise, a exploração do material e os resultados, com base na inferência e interpretação. Os resultados apontam que o cuidar envolve a dimensão física e emocional do paciente, assim como esse processo suscita no profissional vivências emocionais que facilitam e que também dificultam o cuidar, interferindo na qualidade dos cuidados oferecidos. Os discursos também apontam para a necessidade de voltar o olhar para os cuidadores, para que estejam mais atentos para a necessidade de cuidar de si mesmos ou tenham mais habilidade para tal.

Palavras-chave: Cuidado intensivo. Profissionais de saúde. Emoções.

THE INTENSIVE CARE UNDER THE PERSPECTIVE OF THE HEALTH PROFESSIONALS OF THE INTENSIVE CARE UNIT

ABSTRACT: The present study aims to understand how the health professionals of the Intensive Care Unit (ICU) take care of critical patients and what are the emotional variables that are involved in this care. Specifically, it aims to understand the participants' perception about what is care, what are the emotional variables that favor and hinder caring, how they perceive their own availability and ability to care, and how they view themselves as caregivers. For that, a qualitative research was carried out, with a descriptive exploratory character. We interviewed 13 subjects from an ICU of a public reference hospital in the city of Teresina-Piauí. For this purpose, a sociodemographic questionnaire was used to categorize subjects and a semi-

¹ Universidade Estadual do Piauí.

² Universidade Estadual do Piauí.

³ Universidade Estadual do Piauí.

structured interview with open questions. The interviews were analyzed in their content, and five categories were created to discuss the data. Data analysis was performed based on the Bardin content analysis, which operates in three main poles: pre-analysis, material exploration and results, based on inference and interpretation. The results indicate that caring involves the physical and emotional dimension of the patient, just as this process raises in the professional emotional experiences that facilitate and also difficult the care, interfering in the quality of care offered. The speeches also indicates to the need to turn the gaze to the caregivers so that they are more attentives to the need to take care of themselves or have more ability to do this.

Keywords: Intensive care. Health Personnel. Emotions.

INTRODUÇÃO

O cuidado pode ser entendido sob uma conotação existencial e relacional. A dimensão existencial do cuidado é o que dá às pessoas a condição de humanidade. A dimensão relacional envolve o interesse pelo outro. Assim, Waldow e Borges (2011, p. 415) afirmam que “o cuidado ocorre por uma força que move a capacidade humana de cuidar, evocando esta habilidade em nós e nos outros [...], atualizando nosso potencial para cuidar”. Existe em nós uma capacidade de cuidar e esta capacidade é nossa própria condição humana. Cuidamos, movidos por esta força interior inata e à medida em que agimos nos humanizamos ainda mais.

O cuidar abrange comportamentos e atitudes que variam de acordo com as situações e com o tipo de relação estabelecida. A maneira como se cuida depende do grau de envolvimento com quem é cuidado (WALDOW; BORGES, 2011).

Em Heidegger (2008), o cuidado é compreendido como ato ou como possibilidades que vão além do ato, do que é percebido. Não é sinônimo de bondade, mas a compreensão autêntica do que é importante. Isso leva a pensar em uma proposta de cuidado voltada para o outro e para o que ele necessita. É tomar a si mesmo como ferramenta, em que as próprias habilidades, características e disponibilidade estão a serviço do outro, procurando respeitar suas crenças, atitudes, limites e cuidar do outro a partir das necessidades dele.

No contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), espaço onde o paciente encontra-se fragilizado não só física e também psicologicamente, a qualidade do cuidado oferecido pela equipe de saúde é um importante facilitador para o paciente enfrentar o processo de hospitalização e adoecimento. Vale ressaltar que a disponibilidade do profissional, as competências técnicas e as habilidades pessoais são condições determinantes do cuidar.

Os pacientes internados na UTI, por vezes, sentem-se sozinhos, ansiosos e temerosos. Além disso, alguns não compreendem a própria condição de saúde e são mobilizados com as situações de urgência, tais como intercorrências e até mesmo a morte de outros pacientes (BACKES et al., 2012). É exatamente por essa condição de fragilidade física e emocional do paciente que a qualidade do cuidar ou o zelo pelo cuidado é

necessário e imprescindível neste cenário.

A noção de cuidados centrados nestes pacientes deve ser cada vez mais compreendida como um conceito multidimensional que deve respeitar as necessidades, valores e preferências do paciente (ABOUMATAR et al., 2015). O paciente deve ser olhado e considerado em suas particularidades, crenças, verdades, costumes, cultura, uma vez que o cuidado implica não apenas lidar com a dimensão objetiva da assistência médica, mas também com o suporte psicossocioespiritual.

Sobre o contexto da UTI existem relevantes discussões relacionadas à predominância do suporte tecnológico em detrimento da subjetividade da assistência e de fatores pessoais implicados no cuidado direto ao paciente (SANCHES et al., 2016). Todavia, o cuidado, entendido como dimensão relacional e existencial, transcende a execução técnica de tarefas e implica no acolhimento e suporte do paciente como um todo.

Silva, Pereira e Mussi (2015) destacam que a equipe de enfermagem, pelo contato diário com o paciente, é a que mais exercita esse cuidado, tendo a possibilidade de compreender os fenômenos existenciais implicados no adoecimento, as demandas e necessidades diante da morte e do morrer. Isso demonstra ainda a importância de poder compreender a prática deste cuidar entre as outras categoriais profissionais, dado que também fazem parte desse processo.

Diante do exposto, este estudo, portanto, tem o objetivo de compreender o cuidado oferecido ao paciente crítico na ótica dos profissionais de saúde da UTI. Especificamente tem o propósito de compreender a percepção que os profissionais têm sobre o que é cuidar; identificar se há variáveis emocionais que interferem no cuidado, tanto as que facilitam como as que dificultam; e qual a percepção que os profissionais têm de si mesmos como cuidadores.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa (GIL, 2008). A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital público de referência na rede do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Teresina-Piauí.

Participaram do estudo 13 profissionais da equipe de saúde da UTI, de ambos os sexos, escolhidos aleatoriamente e cuja quantidade dependeu da saturação das informações coletadas nas entrevistas. Foram incluídos na amostra enfermeiros, fisioterapeutas, médicos e técnicos de enfermagem atuantes na assistência do referido setor, com tempo mínimo de atuação de um ano, e excluídos aqueles que iniciaram o estudo e, por alguma razão, não responderam integralmente o instrumento de coleta. Psicólogos não participaram da pesquisa em virtude de não haver esta categoria profissional trabalhando na UTI.

Os dados foram coletados no período de abril a setembro de 2017 por meio de um

questionário sociodemográfico para caracterização dos participantes e de uma entrevista semiestruturada com sete perguntas abertas. A entrevista foi elaborada pelos pesquisadores, agendada individualmente, gravada em mídia digital e incluiu questões sobre o cuidado prestado ao paciente, a visão dos profissionais diante deste cuidado, quais as variáveis emocionais que facilitam e dificultam o cuidar.

A análise dos dados foi realizada com base na análise de conteúdo de Bardin (2009), a qual opera em três polos principais: a pré-análise, a exploração do material e os resultados, com base na inferência e interpretação. Dessa maneira, realizou-se leitura exaustiva dos dados, seguida da organização, exploração do material e codificação em núcleos temáticos ou categorias, a partir das quais os dados foram analisados e discutidos de acordo com os significados atribuídos e com base na literatura encontrada sobre a temática deste estudo.

Os preceitos éticos foram embasados na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que versa sobre a ética em pesquisa com seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí, sob o número de CAEE 61597216.9.0000.5209. A participação foi voluntária, sem qualquer benefício financeiro e sujeita à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo-se também o anonimato dos participantes, os quais foram identificados pelas letras “E” (enfermeiro), “F” (fisioterapeuta), “M” (médico) e “TE” (técnico de enfermagem), seguidas de um algarismo arábico de acordo com a ordem das entrevistas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados foi organizada de forma a mostrar as características gerais da população do estudo e a análise do conteúdo das entrevistas. Foram entrevistados 13 profissionais. Os sujeitos do estudo foram predominantemente mulheres (76,1%), com média de idade de 39 anos. Dentre todos os participantes, apenas 3 eram especialistas em Terapia Intensiva e os demais possuíam o título de Mestre ou especialista em outra área da saúde. Apenas os técnicos de Enfermagem não apresentavam pós-graduação. Todos os participantes exerciam função assistencial na unidade pesquisada, cuja carga horária de trabalho variou entre 24h/semanais (38,5% dos participantes) e 30h/semanais (61,5% dos participantes).

A maioria dos profissionais entrevistados (92,3%) possui mais de cinco anos de atuação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), dentre os quais 38,5% já iniciaram a carreira profissional na UTI. As informações coletadas no questionário sociodemográfico são ilustradas na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa

Identificação	Gênero	Idade	Pós-graduação em Terapia Intensiva	Atuação em UTI	Carga Horária Semanal
---------------	--------	-------	------------------------------------	----------------	-----------------------

Enfermeira 1	Fem.	44	Não	6 anos	30h
Enfermeira 2	Fem.	48	Não	2 anos	30h
Enfermeira 3	Fem.	30	Não	6 anos	30h
Enfermeira 4	Fem.	41	Não	6 anos	30h
Fisioterapeuta 1	Masc.	36	Sim	9 anos	30h
Fisioterapeuta 2	Fem.	33	Sim	10 anos	24h
Fisioterapeuta 3	Fem.	42	Não	8 anos	24h
Médica 1	Fem.	42	Sim	18 anos	24h
Médica 2	Fem.	32	Não	15 anos	24h
Médico 3	Masc.	43	Não	5 anos	24h
Técnico de Enfermagem 1	Masc.	37	Não	14 anos	30h
Técnica de Enfermagem 2	Fem.	40	Não	10 anos	30h
Técnica de Enfermagem 3	Fem.	49	Não	20 anos	30h

Os resultados e a análise foram agrupados em 5 categorias ou núcleos temáticos de acordo com os objetivos deste estudo: 1) Conceito de cuidar; 2) Aspectos emocionais que facilitam o cuidado; 3) Aspectos emocionais que dificultam o cuidado; 4) Relação do estado emocional do cuidador e a qualidade do cuidado oferecido; 5) Autoavaliação do cuidador (profissional).

CONCEITO DE CUIDAR

Os sujeitos investigados apresentaram diferentes concepções sobre o cuidar, partindo da premissa de que o cuidar envolve não apenas a dimensão física, mas abrange também o cuidado diante das questões emocionais de modo a reconhecer as necessidades do paciente e poder atendê-las.

Não é só o cuidar físico, mas o cuidar em todos os sentidos, o cuidar psicológico, emocional, porque abrange o paciente como um todo. (E2)

O ato de cuidar como aquilo que o paciente necessita, atender as necessidades do paciente. (M2)

Esta percepção corrobora com o pensamento de Backes et al. (2012), de que o cuidado em saúde engloba não apenas o cuidado técnico em relação à dimensão física, mas abrange o cuidado integral, que considera a dimensão emocional. Este autor ainda acrescenta dimensões que não foram consideradas pelos participantes, mas que fazem parte do cuidado: a dimensão espiritual e social. Nesta perspectiva, a abrangência das ações de cuidado em atender as necessidades do paciente está além do modelo diagnóstico e terapêutico, devendo ir ao encontro das diversas perspectivas da vida do sujeito, desde as configuradas no corpo até as de ordem social e subjetiva (PIROLO; FERRAZ; GOMES, 2011).

Vale ressaltar que todas as categorias profissionais mencionaram que o cuidar é identificar e atender as necessidades do paciente, entretanto apenas os enfermeiros referiram que cuidar é proporcionar bem-estar. Pode-se inferir que a consideração realizada pelos enfermeiros pode estar relacionada à característica inerente à profissão, na qual

estão mais voltados direta e diariamente no manejo com o paciente.

O exercício prático do enfermeiro visa o bem-estar do paciente para promover a qualidade de vida, o que é evidenciado através de atitudes positivas individuais e coletivas (FERNANDES et al., 2011). A Enfermagem permanece integralmente na unidade de cuidados, é diretamente responsável pelo paciente e interliga os pacientes aos demais profissionais no espaço de cuidado (BAGGIO; ERDMANN, 2015).

Tudo isso no sentido de proporcionar o bem-estar para o paciente. (E1)

Tentar melhorar a qualidade de vida dele naquele momento que já está necessitado por conta que ele está aqui na UTI. (E3)

O cuidado especificamente com o paciente eu acho que ele tem que vir desde o conforto dele, no leito que ele se encontra. (E4)

Vale ressaltar que um participante apresentou o cuidar como evitar ou diminuir a dor e um outro, que o cuidar é intrínseco ao ser humano, respectivamente:

Cuidar... É evitar ou diminuir a dor (...) dor física, dor emocional, que, às vezes, a gente não consegue curar. (M1)

Pois bem...o cuidar é inerente...eu gosto de definir o cuidado como ele sendo inerente ao ser humano. (TE1)

A concepção dada por M1 remete ao conceito de dor total, formulado por Cicely Saunders, a qual refere que o componente físico da dor pode se modificar ou sofrer influências de aspectos emocionais, sociais e espirituais (HENNEMANN-KRAUSE, 2012). Já a definição apontada por TE1 leva a uma perspectiva filosófica, na qual o cuidar é entendido como o que nos constitui como seres humanos, ou seja, faz parte da essência humana (BOFF, 2017).

ASPECTOS EMOCIONAIS QUE FACILITAM O CUIDADO

Em relação aos responsáveis pelo cuidar, os profissionais que trabalham na UTI, há uma exigência tanto em termos físicos quanto psíquicos. O trabalho muitas vezes desgasta fisicamente o profissional que cuida, que também a nível emocional e psíquico, precisa lidar com temas relacionados à morte, à dor, à solidão e o estresse. Estas exigências suscitam vivências emocionais que não se dissociam de suas práticas diárias de cuidado, interferem na disponibilidade, na capacidade de cuidar e no trabalho realizado (BONILHA et al., 2015).

Assim, percebe-se que a forma como se cuida está diretamente relacionada às vivências emocionais que o profissional experimenta na hora do cuidado e na maneira como consegue lidar com essa experiência que, ao mesmo tempo, exige a disponibilidade ao cuidado e o desafio de manter a integridade emocional diante de situações que geram cansaço, angústia e remetem à própria finitude.

Neste sentido, entre os vários aspectos emocionais que facilitam o cuidado, foram identificados alegria/entusiasmo, amor ao próximo, bem-estar psíquico. Entretanto, a empatia foi citada pela maioria deles (5 participantes).

Eu me acho muito sensível em relação à dor, ao sofrimento (...) Eu tenho aquela empatia muito grande com aquele paciente que está mais sofrido. (E2)

Bom, eu sempre gosto de olhar o lado do outro com o olhar baseado (...) no que ele precisa e não no que eu posso dar (...) O fato de eu olhar para o paciente de acordo com a necessidade que ele se encontra, né. A empatia. É, exatamente, a empatia. (F3)

Conforme Vieira Júnior e Azevedo (2016), a empatia se refere à capacidade de se identificar com a dor e com o sofrimento do outro, assim como de se enxergar no lugar do outro, procurando compreender o seu enfrentamento do adoecimento e reconhecer o seu papel no cuidado. A empatia é também um aspecto fundamental para a avaliação da qualidade do atendimento clínico e constitui-se como uma habilidade emocional que permite que os cuidadores compreendam as experiências individuais do paciente e se comuniquem para identificar as preocupações dos mesmos (MOGHADDASIAN; DIZAJI; MAHMOUDI, 2013).

Duas participantes destacaram, isolada e respectivamente, outros aspectos emocionais que facilitam o cuidar e que merecem destaque: a fé e a espiritualidade.

(...) eu acho que eu poderia colocar a fé nesse contexto (...) A fé em que sentido? Muitas vezes, o paciente crítico, os pacientes aqui da UTI, ele não vai lhe ouvir (...) a gente parte de que ele está ali com sedação profunda, então ele não está lhe escutando. Mas assim eu já tive situações assim que eu sabia da história de vida daquele paciente, e eu ficava muito penalizada com aquela situação e quando eu chegava ao leito dele para colher o exame, eu conversava com ele, eu passava alguma mensagem. Aquilo ali me fazia bem, entendeu? Me fazia bem, embora ali eu estivesse vendo ali visivelmente que o paciente não estava esboçando nada. Mas passa assim aquela mensagem positiva, aquela fé de que aquele paciente vai sair dali. (E1)

Assim, o entendimento espiritual que eu passei a ter. No decorrer desse meu amadurecimento profissional, eu acho que favoreceu e hoje favorece muito mais do que no início, porque o fato de você enxergar que a morte é um processo natural, que todo ser humano vai passar por isso e que as doenças existem, né, porque, no meu entendimento, porque o mal existe (...) O fato de eu ter esse equilíbrio espiritual, eu acho que me favorece, favorece ao paciente e também me favorece, porque eu termino não absorvendo muito o que eu vejo no meu trabalho, já que eu trabalho com paciente crítico. (F2)

Observa-se, neste relato que a fé é um recurso que auxilia a participante E1 a se conectar com o paciente, embora este se encontre sedado ou impossibilitado de interação. Contudo, a fé aqui identificada refere-se a não perder a esperança de que o paciente vai se recuperar. É a fé não necessariamente religiosa ou espiritual, mas a fé na cura, na recuperação. Pode-se inferir que este é o sentido atribuído por E1 que facilita o cuidar, mas que em sentido latente, talvez seja difícil lidar com a finitude.

Por outro lado, a espiritualidade é um mecanismo que proporciona mais serenidade à participante F2 e que lhe faz entender que a morte é um processo natural. Fumis (2016) ressalta que a fé, a espiritualidade e a religiosidade são importantes recursos que auxiliam no enfrentamento da dor e do sofrimento. Buscar e estudar a espiritualidade, entendida

como a busca de sentido de vida, a compreensão da relação com o sagrado e com as questões associadas com o fim da vida, pelo profissional de saúde é um componente que traz harmonia nas relações de trabalho, proporciona bem-estar e qualidade de vida ao profissional (LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2017).

A valorização da espiritualidade durante o cuidado oferecido também favorece o bem-estar do paciente e permite ao profissional uma visão integral ao considerar o paciente em suas diversas dimensões, dentre elas a espiritual (LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2017).

Vale ressaltar ainda que um participante não identificou em si mesmo emoções que favoreçam o cuidado, assim como uma outra citou a frieza como algo que lhe ajuda a lidar com o paciente e com o adoecimento e que ao mesmo tempo também dificulta esse processo. Diante deste aspecto, pode-se inferir duas situações em relação a este último participante: calosidade profissional, em que os anos de prática favorecem uma certa indiferença em relação ao paciente; ou mesmo o distanciamento psíquico como forma de dar conta psiquicamente dos eventos que ocorrem no contexto da UTI.

Neste sentido, no contexto hospitalar, muitas vezes pode-se acreditar que o bom profissional é aquele que não se envolve com o paciente; não havendo lugar para a expressão emocional, o sujeito pode negar ou ocultar os sentimentos (AGUIAR et al., 2006 apud CHERER; QUINTANA; PINHEIRO, 2015).

ASPECTOS EMOCIONAIS QUE DIFICULTAM O CUIDADO

Neste aspecto, as emoções ou aspectos emocionais que mais dificultam o cuidado ao paciente crítico foram a dificuldade em lidar com as emoções; bloqueio emocional (no sentido de gerenciar e expressar as emoções); apego ao paciente; e dificuldade de lidar com a perda/morte do paciente.

(...) quando a gente admite uma criança na UTI, eu ainda fico muito abalada. Eu sinto que eu não tenho a mesma estrutura emocional para trabalhar com criança (...) mas quando a gente atende uma criança, que eu percebo que não só eu, mas todos os profissionais têm mais dificuldade emocional, ficam mais abalados. (F2)

(...) tem dias que eu estou meio travada. Travada assim... tem dia que eu estou meio... como se eu tivesse... meu pensamento, minhas emoções, estão meio assim... como se fossem amarrados, embotados. É como se meu cérebro, minhas emoções tivessem amarrados e não é uma coisa que eu queira. (E2)

Teve um paciente que ele passou muito tempo aqui na UTI e a gente se apegou muito ao paciente (...) Você precisa, claro, ter um apego ao paciente, mas não o apego de tu chegar ao ponto de te atrapalhar no cuidado, porque, às vezes, alguns cuidados nossos é doloroso para o paciente. (E3)

Eu acho que, às vezes, ainda o emocional da perda... tem alguns pacientes que a gente perde, a gente fica superchateado (...) porque termina que a gente se sente realmente incapaz. (E3)

Conforme observado, estes aspectos emocionais dificultam e acabam por interferir no cuidado que será oferecido ao paciente crítico. Em contrapartida, ao serem questionados diretamente sobre os aspectos emocionais que dificultam o cuidar, 3 participantes não identificaram em si mesmos estes aspectos. Infere-se que isso seja uma dificuldade em reconhecer as próprias emoções, o que leva à dificuldade de reconhecer a própria fragilidade, que foi reconhecida por tantos outros participantes.

A participante M2 citou a frieza como algo que facilita (“A frieza, porque ajuda a lidar com a condição do paciente, com a doença. Ajuda a colocar uma barreira, a separar cuidador-paciente”) e ao mesmo tempo dificulta o cuidado ao paciente crítico (“A frieza, porque, ao mesmo tempo, distancia do paciente e da família”). Encontra-se aqui uma contradição, que parece estar mais relacionada a um mecanismo de defesa do que a um recurso emocional adaptativo para lidar com o paciente crítico.

Em contrapartida, não saber lidar com as emoções que emergem ou não saber senti-las, a dificuldade em expressar e gerenciar as emoções que causam desconforto, saber discernir até onde vai a relação profissional-paciente, e a dificuldade em lidar com a morte são vivências dos sujeitos pesquisados que muitas vezes funcionam como um entrave ao cuidado prestado ao paciente. Ao mesmo tempo, quando o profissional não consegue identificá-las (sejam emoções que favoreçam, sejam emoções que dificultem o cuidado) ou quando se distancia emocionalmente, isto levanta o questionamento sobre qual a intimidade que este profissional tem consigo mesmo, ou seja, qual o grau de facilidade/dificuldade de entrar em contato e se conectar com as próprias emoções.

Antes de cuidar do outro, é necessário cuidar de si mesmo, é ser capaz de olhar para si mesmo como cuidador e estar atento a esse cuidado, mental e físico, que permitirá continuar cuidando do outro (BAGGIO; ERDMANN, 2015). Dessa maneira, saber lidar com as próprias emoções e com as dos outros é um importante requisito para as relações no trabalho (RODRIGUES; GONDIM, 2014).

Para Moreira, Sousa e Ribeiro (2013), o afastamento (das situações que acontecem na UTI e até mesmo do paciente), é um dos meios utilizados para se defender ou minimizar o sofrimento, principalmente quando as chances de recuperação do paciente são mínimas ou quando há receio da morte.

No que se refere aos sentimentos desencadeados pela morte ou perda do paciente, o profissional de saúde pode encontrar dificuldades de entender a morte como um processo natural, dada a sensação de fracasso, o que evidencia também o despreparo desses profissionais para a integralidade do cuidado. Reconhecer-se antes de tudo como ser humano imerso em um complexo de emoções e responsabilidades é o primeiro passo para o profissional lidar não só com os próprios sentimentos, mas também com os outros profissionais, com a família e, principalmente, com o paciente (VICENSI, 2016).

AUTOAVALIAÇÃO DO CUIDADOR

Este núcleo temático diz respeito à visão que os profissionais possuem acerca de si mesmos como cuidadores, enfatizando a relação entre o estado emocional do cuidador e a qualidade do cuidado oferecido, a disponibilidade para o cuidado e as habilidades para cuidar. Para entender a influência das emoções vivenciadas pelo profissional na qualidade do cuidado oferecido ao paciente, questionou-se se esse era um fator que se relacionava com a qualidade do cuidado prestado. Foi unânime a resposta dos participantes em acreditar que existe essa relação, assim como afirmaram que os problemas pessoais podem interferir negativamente na qualidade do cuidado, conforme as falas ilustradas a seguir:

Não tenha dúvida. Se você está emocionalmente equilibrado, você tem uma maior... uma forma de passar, de dar uma qualidade do cuidado mais de acordo com o que o paciente está necessitando. Se você tem confrontos emocionais, problemas no momento do cuidado, você está com angústia, você não vai realmente, de fato, atender as necessidades do paciente. (F3)

Só podem, só podem, só podem... porque, dependendo dos problemas que a gente tem em casa (...) a gente não tem como desvincular os problemas que tem fora do serviço com o serviço e termina que a sobrecarga emocional do ambiente de Terapia Intensiva é muito grande, muito intensa, e a gente termina que somatiza com os problemas que tem fora de casa com os que tem na UTI e no final de tudo vai refletir na qualidade do cuidado que a gente vai prestar para o paciente. (TE1)

Isso corrobora com a visão de Bonilha et al. (2015), o qual identificou em um estudo realizado com enfermeiros de uma UTI, que os sentimentos vivenciados pelos profissionais interferiam no cuidado prestado ao paciente crítico, a partir de uma relação entre sentir e fazer.

Foi solicitado aos participantes que também atribuíssem uma nota diante da autoavaliação. As médias das notas para a disponibilidade e para as habilidades foram, respectivamente, 8.5 e 8.3. As habilidades dizem respeito à capacidade técnica e a disponibilidade refere-se a estar presente quando necessário e poder ajudar de alguma forma.

De modo geral, a maioria dos participantes se vê como bons cuidadores e como profissionais disponíveis, que se esforçam para oferecer o melhor de suas potencialidades no processo de cuidar. Todavia, a maioria dos profissionais relacionou o sentido de estar disponível à execução das tarefas específicas de cada especialidade, pertencentes às rotinas do setor. Trata-se, portanto, de sentidos diferentes. Estar disponível ao cuidado é ir além das práticas rotineiras de cuidado.

Sinceramente, eu venho para o trabalho, eu venho disposta a fazer tudo pelo cliente. Eu vejo todas as possibilidades que... o que depender de mim, eu não deixo de fazer. E se eu deixar de fazer algo é porque não estava ao meu alcance, porque o que está ao meu alcance eu faço. (E4)

Eu assim... não é 100% (...) porque quase sempre eu estou disponível, não gosto de fugir do serviço... tanto que eu deixo para escrever depois (...) porque para mim é importante fazer aquilo que o paciente está necessitando naquele momento. (TE2)

Pode-se associar a disponibilidade ao tratamento compassivo, o qual extrapola a pressa na execução de um serviço, o tempo restrito para prescrições, exames diagnósticos e preenchimento de informes médicos. Em vez disso, permite o olhar cuidadoso sobre o paciente, sem pressa e disposto a ouvir, mas o ouvir atento, com respeito, de modo a perceber os sinais, desejos e receios do paciente (VIEIRA JÚNIOR; AZEVEDO, 2016).

Observou-se que dois participantes trouxeram alguns empecilhos que atrapalham estar mais próximo do paciente:

(...) a gente se torna indisponível para realizar algumas coisas pela burocracia. Às vezes, eu poderia olhar mais o paciente do que preencher tanto papel (...) porque se não tivesse tanta coisa para preencher, tanto papel, talvez eu olhasse mais para o paciente, mas eu preciso ter que dosar aquelas duas situações. (E3)

Termina que a burocracia toma muito tempo da gente. Você ter que fazer relatórios, fazer anotações e isso termina que o cuidado ao próprio paciente fica prejudicado por conta da rotina do setor. A gente ter que gerar muito documento, dispende muito tempo com papéis em um tempo que você poderia estar mais próximo do paciente. (TE1)

Diante das falas dos participantes, pode-se inferir dois pontos: a quantidade de profissionais pode ser desproporcional à quantidade de demandas dos pacientes e, conseqüentemente, pode haver muitos protocolos para preencher e seguir; ou, por outro lado, talvez possa existir uma dificuldade desses profissionais em incorporar os protocolos em suas práticas de cuidado.

De qualquer maneira, sabe-se que os protocolos possuem evidência científica para que elementos básicos de certos tratamentos sejam oferecidos. Todavia, em situações em que quebrá-los não trará prejuízos à qualidade do cuidado e ao resultado, atendendo aos valores individuais do paciente, é uma premissa que deve sempre ser considerada (VIEIRA JÚNIOR; AZEVEDO, 2016).

Em relação às habilidades, em um estudo realizado com enfermeiros intensivistas, identificou-se algumas competências de atuação na UTI, dentre as quais destacaram-se: conhecimento e desempenho técnico-tecnológico; conhecimento científico; tomada de decisão; liderança; trabalho em equipe; relacionamento interpessoal; comunicação; planejamento; organização; equilíbrio emocional (CORREIO et al., 2015).

Percebeu-se que para os participantes desta pesquisa o saber fazer, ou seja, as habilidades envolvidas neste cuidar assumem uma posição de aperfeiçoamento constante, onde eles reconhecem em si mesmos a necessidade de saber mais sobre cuidar e como cuidar.

Existem alguns procedimentos que eu não me sinto segura para fazer. Isso me limita, né, ao cuidar do paciente. Então, assim, eu quero assim me aperfeiçoar. Eu quero aprender mais, estar segura para fazer e para desenvolver essas habilidades, certo (...) Eu me coloco na situação de eterna aprendiz. (E1)

Eu acho que a gente precisa estudar mais o cuidar, porque, às vezes, a gente começa a ficar no automático e acha que o cuidar é o X e o Y, sendo que o cuidado é o X, o Y e o Z.(...) Eu acho que cada paciente tem que ter um cuidado diferente. (E3)

Os sujeitos pesquisados também destacaram o desejo de ser melhores cuidadores, conforme observado no relato a seguir:

Eu acho que sempre a gente precisa melhorar (...) mas pelo fato de eu já está um bom tempo, é como eu disse, desde o início da minha formação há seis anos, eu me boto 8 mas também para eu me autocriticar mais ainda. (E3)

(...) eu preciso melhorar mais ainda, tanto na parte emocional quanto na parte de cuidados. Eu procuro fazer o máximo de mim, né, dar o máximo de mim. Mas eu acho que ainda é pouco, entendeu. Eu preciso mais, mas eu já tenho melhorado bastante. (TE3)

Assim, esta necessidade ou desejo de aprender mais sobre o cuidar e como se cuida também lança a reflexão sobre o cuidar de si. Quando cuidamos de nós próprios estaremos em condições melhores para também cuidar do outro (BAGGIO; ERDMANN, 2015). Portanto, quando o profissional identifica e atende as suas necessidades, torna-se mais claro ou mais fácil reconhecer e atender as necessidades do outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado oferecido ao paciente internado na UTI possui grandes implicações no processo de enfrentamento da doença e da internação. Por consequência, a qualidade deste cuidado também remete à disponibilidade do profissional, às competências técnicas, habilidades e como ele se coloca nesta posição de cuidador.

De acordo com os resultados, todos os sujeitos foram capazes de apresentar seu conceito sobre cuidar, embora nem todos tenham incluído outros aspectos relacionados, como a dimensão espiritual e social. Talvez a formação profissional não tenha possibilitado esse tipo de discussão ou até mesmo a falta de formação ou cursos específicos na área de Terapia Intensiva dificultem pensar nestas outras perspectivas. Por outro lado, poder perceber que o cuidar não se restringe ao aspecto físico é um ponto de partida para cuidar do paciente em sua totalidade e integralidade.

Em uma perspectiva relacional, cuja proposta de cuidado volta-se para o interessar-se pelo outro, foi possível perceber que, a partir do que entendem sobre o que é cuidar, os profissionais se colocam em uma posição de cuidadores que cuidam a partir do que o paciente necessita. Em contrapartida, esse cuidado parece ser mais efetivo em alguns aspectos (dimensão física e um pouco da emocional), mas que precisam ser ampliados em outros, como a espiritual e a social.

Foi possível perceber que a maioria deles, pelo menos em tese, utiliza-se da empatia como um importante recurso emocional para facilitar o cuidado oferecido ao paciente. Destaca-se ainda, apesar de ter sido citada por apenas uma participante, a espiritualidade como recurso que ajuda a lidar com a finitude e a entender que a morte faz parte da natureza humana. De outro ponto de vista, isso suscita o seguinte questionamento: até que ponto a espiritualidade do profissional de saúde pode colaborar para que esta dimensão também seja favorecida no paciente crítico, possibilitando o cuidado integral?

Em relação aos aspectos emocionais que dificultam o cuidar estão a dificuldade em lidar com as emoções, o bloqueio emocional, o apego ao paciente além dos limites profissionais e a dificuldade em lidar com a morte. Ressalta-se que alguns profissionais apresentaram dificuldades em se conectar com as próprias emoções e identificar com clareza suas vivências emocionais. Isto se contradiz com o fato de ser empático no cuidado ao paciente, apontado pela maioria dos participantes. Para se colocar no lugar do outro é importante entender, antes de tudo, o que se passa no próprio mundo interno (sentimentos, emoções, dificuldades) para que, posteriormente, isso seja compreendido exteriormente, no sujeito que será cuidado. Poder cuidar do outro envolve também o cuidar de si mesmo.

Todos os participantes afirmaram existir a relação entre o estado emocional do cuidador e a qualidade do cuidado oferecido, salientando que quando o profissional não se encontra bem emocionalmente, isso repercutirá negativamente na qualidade do cuidado. Sob esta perspectiva, os aspectos emocionais do cuidador influenciam diretamente o cuidado prestado ao paciente crítico. Poder reconhecê-las e saber lidar com as dificuldades que surjam é de extrema relevância, principalmente pelo fato do profissional estar inserido em um contexto que exige maior nível de habilidades, não só teórico-técnicas, mas também emocionais. Por essa razão, a sobrecarga de trabalho e o cansaço também podem interferir na saúde física e emocional do cuidador, afetando assim a qualidade do cuidado prestado.

De modo geral, avaliaram-se como bons cuidadores e como profissionais disponíveis. Contudo, a disponibilidade foi associada às práticas rotineiras de cuidado, o que contrapõe o seu verdadeiro sentido. Estar disponível é ir além disso, é estar disposto a ouvir, sem pressa, com atenção e respeito. Em contrapartida, os profissionais deste estudo afirmaram o desejo de se tornar melhores cuidadores, de entender mais o cuidado e como se cuida. Neste sentido, saber reconhecer as próprias necessidades permite ao profissional identificar quais pontos podem ser otimizados e potencializados.

Dado o exposto, observou-se que os profissionais são sensíveis em perceber que cuidar é estar a serviço do outro e que isso os leva a serem guiados pelas necessidades do paciente, procurando oferecer, dentro de suas possibilidades, o cuidado além da dimensão física. Para alguns profissionais, a empatia é um veículo capaz de orientar e facilitar esse cuidado. Para outros, ainda é difícil reconhecer as próprias emoções; estabelecer uma relação clara com o paciente, que muitas vezes pode se configurar como apego; e entender que cuidar não significa negar as próprias emoções para garantir que se agiu profissionalmente.

Percebeu-se ainda que esse cuidado é muito mais orientado para executar as tarefas cabidas a cada especialidade do que disponível à escuta e a tantas outras necessidades (como olhar cuidar cuidadosamente, perceber os sinais, anseios e receios do paciente). Pela análise do discurso, trata-se de profissionais que se veem na necessidade de aprender mais sobre o cuidar, como se cuida e de se tornarem melhores cuidadores, que não se sentem totalmente aptos a cuidar porque tecnicamente precisam aperfeiçoar habilidades específicas da profissão. Todavia, não ficou claro quais são as habilidades técnicas implicadas nesse processo.

Espera-se, assim, que o presente estudo tenha permitido a compreensão do cuidar voltado ao paciente crítico na perspectiva dos profissionais de saúde atuantes na UTI e tenha suscitado o olhar também para o cuidador. Cuidar de quem cuida é fundamental para o que é denominado UTI humanizada. Cuidar do outro é cuidar de si.

A promoção do acolhimento do profissional para cuidar de sua integridade também é uma alternativa que pode resultar na melhoria de sua qualidade de vida e do cuidado oferecido ao paciente. É importante prepará-lo e acompanhá-lo para que esteja mais atento para a necessidade de cuidar de si mesmo ou tenha mais habilidade para tal.

Isso aponta para a necessidade de realização de grupos de reflexão sobre a tarefa assistencial ou grupos Balint, nos quais os profissionais compartilham casos clínicos trazendo os sentimentos, reações e reflexões envolvendo o atendimento. Isso garante um espaço de discussão, escuta e reflexão que permite aos profissionais se darem conta de como estão emocionalmente, como estão cuidando e de, enquanto equipe, como o cuidado pode ser melhorado. E de até mesmo poder discutir temáticas pouco trabalhadas durante a formação profissional, como a morte, a finitude, os sentimentos e tantos outros aspectos que acompanham o profissional de saúde na lida na UTI.

Dessa maneira, pesquisas futuras poderão ajudar na elucidação destes fatores, complementando e confrontando os achados deste estudo, de modo a ampliar esta discussão e servir de base para outras pesquisas.

REFERÊNCIAS

ABOUMATAR, Hanan et al. Understanding Treatment with Respect and Dignity in the Intensive Care. **Narrative Inquiry in Bioethics**, Johns hopkins university press, v. 5, n. 1, p. 55-67, mar. 2015.

BACKES, Marli Terezinha Stein et al. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de unidade de terapia intensiva. **Escola Anna Nery**, v. 16, n. 4, p. 689-696, out/dez 2012.

BAGGIO, Maria Aparecida; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. A Circularidade dos Processos de Cuidar e Ser Cuidado na Conformação do Cuidado “do Nós”. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 7, p. 11-20, out/nov/dez. 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: LDA, 2009.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética do humano - compaixão pela Terra**. 20 ed. Petrópolis: Vozes, 2017.

BONILHA, Larissa Gomes et al. Sentimentos e emoções vivenciados em unidade de terapia intensiva: influência no cuidado clínico do enfermeiro. **Revista de Enfermagem**, v.9, n. 6, p. 8636-8642, jul. 2015.

CHERER, Evandro de Quadros; QUINTANA, Alberto Manuel; PINHEIRO, Ursula Maria Stockmann. A morte na perspectiva de enfermeiros e médicos de uma Unidade de

Terapia Intensiva pediátrica. **Estudos de Psicologia**, v. 32, n.4, p. 685-694, out/dez. 2015.

CORREIO, Renata Andrea Pietro Pereira Viana et al. Desvelando Competências do Enfermeiro de Terapia Intensiva. **Enfermagem em Foco**, v.6, n. 14, p. 46-50, 2015.

FERNANDES, Gisele Cristina Manfrini et al. As expressões da arte em Enfermagem no ensino e no cuidado em saúde: estudo bibliométrico. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 20, n.1, p. 167-174, jan/mar. 2011.

FUMIS, Renata Rego Lins. A família do paciente crítico. In: FUMIS, R.R.L. **UTI Humanizada: Cuidados com o Paciente, a Família e a Equipe**. São Paulo: Atheneu, 2016.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**, Parte I e II. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

HENNEMANN-KRAUSE, Lilian. Dor no fim da vida: Avaliar para tratar. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto UERJ**, v. 11, n.2, p. 26-31, abr/jun. 2012.

LONGUINIÈRE, Agnes Claudine Fontes De La; YARID, Sérgio Donha; SILVA, Edson Carlos Sampaio. Influência da religiosidade/espiritualidade dos profissionais da saúde na valorização da dimensão espiritual do paciente crítico. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 6, p. 2510-2517, jun. 2017.

MOGHADDASIAN, Sima; DIZAJI, Sima Lak.; MAHMOUDI, Mokhtar. Nurses Empathy and Family Needs in the Intensive Care Units. **Journal of Caring Science**, v. 2, n.3, p. 197-201, sep. 2013.

MOREIRA, Aline de Oliveira.; SOUSA, Hérica de Araújo; RIBEIRO, Jairo Antônio. Vivências e estratégias defensivas dos enfermeiros frente ao cuidado em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.3, n.1, p. 102-111, jan/abr. 2013.

PIROLO, Sueli Moreira; FERRAZ, Clarice Aparecida; GOMES, Romeu. A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 6, p. 1396-1402, 2011.

RODRIGUES, Ana Paula Grilo; GONDIM, Sônia Guedes. Expressão e regulação emocional no contexto de trabalho: um estudo com servidores públicos. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 15. n. 2, p. 38-65, mar/abr. 2014.

SANCHES, Rafaely de Cassia Nogueira et al. Percepções de profissionais de saúde sobre a humanização em unidade de terapia intensiva adulto. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 48-54, jan/ mar. 2016.

SILVA, Rudval Souza da; PEREIRA, Álvaro; MUSSI, Fernanda Carneiro. Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipe de enfermagem intensivista. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 40-46, jan/mar. 2015.

VICENSI, Maria do Carmo. Reflexão sobre a morte e o morrer na UTI: a perspectiva do profissional. **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, p. 64-72, 2016.

VIEIRA JÚNIOR, José Mauro; AZEVEDO, Luciano César Pontes de. O que é UTI

Humanizada? In: FUMIS, R.R.L. **UTI Humanizada**: Cuidados com o Paciente, a Família e a Equipe. São Paulo: Atheneu, 2016.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.

EVOLUÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM ANEURISMA CEREBRAL INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO

Lidiane Cristina Silva Isaias¹
Iara Sayuri Shimizu²
Tássio Breno de Sousa Lopes Lavôr³
Gabriela de Sousa Dantas Cunha⁴

Recebido em: 27 fev. 2018
Aceito em: 29 nov. 2018

RESUMO: Este estudo tem como objetivo analisar a evolução clínica de pacientes com aneurisma cerebral internados aguardando neurocirurgia de embolização; acompanhar e registrar a evolução clínica e complicações desses pacientes durante a internação hospitalar; identificar a média de tempo de permanência de internação hospitalar na enfermaria neurológica e caracterizar os motivos relacionados com a permanência hospitalar desses pacientes. Trata-se de uma pesquisa longitudinal, descritiva e prospectiva realizada na Clínica Neurológica de um Hospital Público, de julho a outubro de 2017 com pacientes diagnosticados com aneurisma cerebral e aguardando microcirurgia de embolização. Amostra composta por 51 pacientes, sendo 74,51% do sexo feminino, com idade da amostra variando entre 24 a 77 anos, com idade média de 53,45 anos, \pm 11,78. A Hemiplegia foi o déficit motor mais presente na admissão e alta. O desfecho óbito esteve presente em 11,76 %. A média de permanência hospitalar foi de 20,1 dias. A embolização demonstrou ser uma cirurgia favorável ao desfecho clínico do paciente, já que os óbitos estiveram mais relacionados com piora clínica antes do procedimento. O tempo de permanência hospitalar foi maior que o da literatura encontrada e carência de vaga de UTI foi o motivo mais frequente para permanência no leito aguardando agendamento e para suspensão de cirurgias já agendadas interferindo diretamente no tempo de permanência hospitalar.

Palavras-chave: Aneurisma Intracraniano. Embolização Terapêutica. Tempo de Permanência. Evolução Clínica.

CLINICAL EVOLUTION OF PATIENTS WITH CEREBRAL ANEURYSM HOSPITALIZED IN A PUBLIC HOSPITAL

ABSTRACT: This study aims to analyze the clinical evolution of patients with cerebral aneurysms hospitalized waiting for neurosurgery of embolization; monitor and record the clinical course and complications of these patients during hospitalization; to identify the average length of hospital stay in the neurological ward and to characterize the reasons related to the hospital stay of these patients. This is a longitudinal, descriptive

¹ Fisioterapeuta. Residente pelo programa de Residência Integrada Multiprofissional em Terapia Intensiva da Universidade Estadual do Piauí - UESPI.. E-mail: lidianeft@gmail.com.

² Fisioterapeuta. Mestre. Universidade Estadual do Piauí. E-mail: iarashimizu@gmail.com.

³ Enfermeiro. Residente pelo programa de Residência Integrada Multiprofissional em Terapia Intensiva da Universidade Estadual do Piauí - UESPI.

⁴ Psicóloga. Residente pelo programa de Residência Integrada Multiprofissional em Terapia Intensiva da Universidade Estadual do Piauí - UESPI.

and prospective study conducted at the Neurological Clinic of a Public Hospital from July to October 2017 with patients diagnosed with cerebral aneurysm and awaiting embolization microsurgery. The sample consisted of 51 patients, 74.51% female, with a sample age ranging from 24 to 77 years, mean age of 53.45 years, \pm 11.78. Hemiplegia was the most present motor deficit at admission and discharge. The death outcome was present in 11.76%. The mean hospital stay was 20.1 days. Embolization proved to be favorable surgery for the clinical outcome of the patient, since the deaths were more related to clinical worsening before the procedure. The length of hospital stay was higher than that of the literature found and lack of ICU vacancy was the most frequent reason for stay in bed waiting for scheduling and for suspension of surgeries already scheduled interfering directly in the length of hospital stay.

Keywords: Intracranial Aneurysm. Therapeutic Embolization. Length of stay. Clinical Evolution.

INTRODUÇÃO

O aneurisma cerebral é uma condição anômala das paredes dos vasos que afeta a circulação encefálica responsável pela irrigação de estruturas nobres e com propensão a rupturas, atingindo cerca de 3,2% da população mundial com grande risco de sangramento abrupto, ocasionando a sua principal complicação, a Hemorragia Subaracnóidea (VLAK et al., 2011).

A ruptura de aneurismas é responsável por 85% dos casos de hemorragia subaracnóidea e está associada a novos casos de acidentes vasculares cerebrais o que requer manejo clínico rápido e terapêutica cirúrgica adequada. Dentre as técnicas atuais no tratamento do aneurisma cerebral as possibilidades são: Clipagem – procedimento de cirurgia aberta por meio de uma craniotomia e a Embolização - tecnologia de microcirurgia endovascular, menos invasiva e de primeira escolha principalmente para aneurismas rompidos, além de possibilitar uma recuperação mais precoce (VAN GIJN; RINKEL, 2001; WIEBERS *et al.*, 2003).

No Brasil, estatísticas dos últimos anos apontam ser esta a causa mais frequente de óbitos na população adulta, com grande potencial para morbimortalidade e hospitalização o que corresponde a uma estimativa de 10% das internações na rede hospitalar pública. Uma parcela dos sobreviventes pode apresentar algum tipo de seqüela e necessita de reabilitação contínua influenciando na população produtiva do país pelas incapacidades produzidas (BRASIL, 2012).

Como forma de otimizar a assistência, é indispensável o controle do fluxo dos pacientes que necessitam de procedimentos cirúrgicos em hospitais de alta complexidade, bem como o bom funcionamento da regulação de leitos hospitalares que enfrenta uma realidade de crescente demanda de novos casos indo de encontro a elevada permanência de pacientes no leito aguardando procedimentos cirúrgicos, fatos esses que sobrecarregam o sistema e resolubilidade em tempo hábil (BRADLEY, 2005; RICHARDSON, 2006).

A permanência de um mesmo paciente em um serviço de saúde por um longo

período pode ser reflexo de complicações do caso e/ou gerenciamento ineficiente do fluxo de pacientes, e neste caso impele diretamente como obstáculo para o acesso oportuno de pacientes que aguardam na fila de espera, ferindo a defesa dos direitos em todas as fases do cuidado e garantia da atenção continuada. O tempo de internação hospitalar pode ainda ser um indicativo de desempenho relacionado às boas práticas clínicas, gestão e gerenciamento eficiente de leitos (BRASIL, 2003, 2013).

Nesta perspectiva, este estudo aborda a temática do aneurisma cerebral, auxiliando na discussão deste importante problema da saúde pública atual e tem como objetivo geral analisar a evolução clínica de pacientes com aneurisma cerebral internados aguardando neurocirurgia de embolização e específicos: acompanhar e registrar a evolução clínica e complicações desses pacientes durante a internação hospitalar; identificar a média de tempo de permanência de internação hospitalar na enfermaria neurológica e caracterizar os motivos relacionados com a permanência hospitalar de pacientes com aneurisma cerebral.

MATERIAL E MÉTODO

Foi realizado um estudo longitudinal, descritivo e prospectivo com pacientes com diagnóstico de aneurisma cerebral internados na enfermaria neurológica de um hospital público de referência para tratamento cirúrgico de afecções do sistema nervoso no Piauí com indicação de neurocirurgia para embolização de aneurismas. A amostra composta por 51 participantes entre os meses de julho a outubro de 2017 de ambos os sexos, maiores de 18 anos e que aceitaram participar mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido durante o período de coleta de dados.

O estudo foi pautado em acordo com as normas regulamentadoras da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovação no Comitê de Ética Pesquisa da Universidade Estadual do Piauí e da instituição coparticipante sob os números 2.132.193 e 2.146.331, respectivamente.

Todos os pacientes foram avaliados na admissão, semanalmente no decorrer da internação e na alta hospitalar por meio de um registro de coleta em forma de planilha com variáveis como sexo, idade, data de admissão, registro do nível de consciência e ainda funcionalidade por meio do avaliação motora caracterizada em ausência de déficit, monoparesia, hemiparesia, hemiplegia e tetraplegia, capacidade de deambular sempre comparando o status na admissão e alta, além do registro da evolução clínica.

Após a coleta, os dados foram tabulados e inseridos no programa Microsoft Excel for Windows (versão 2010) em dupla planilha para avaliação de erros de digitação. Posteriormente, os dados foram exportados para o programa *Statistical Package For The Social Sciences* SPSS 18.0 for Windows), para análise univariada, através de técnicas estatísticas descritivas, bem como medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio-padrão), uso da estatística descritiva onde foram calculados

percentuais na base 100. Para o cálculo da significância de algumas variáveis foi utilizado o Teste Estatístico Não Paramétrico do Qui-Quadrado. Os dados foram organizados em tabelas e gráficos e discutidos com base na literatura produzida sobre o tema.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 51 pacientes e desse total a idade variou de 24 a 77 anos, com 38 (74,51%) do sexo feminino, com média de 53,45 anos, \pm 11,78. A faixa de idade entre 51 e 60 anos foi mais acometida e representou 35,30% como apresentado na tabela 1.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de pacientes com Aneurisma Cerebral em um Hospital da rede Pública do Piauí. Teresina – PI, 2018. (N=51)

Variável	Categoria	N	%
Gênero	Masculino	13	25,49
	Feminino	38	74,51
Faixa etária	< 40 anos	5	9,80
	40 a 50 anos	16	31,37
	51 a 60 anos	18	35,30
	> 60 anos	12	23,53

FONTE: Pesquisa Direta

Com relação ao acesso dos pacientes à unidade de alta complexidade, esse é realizado pela Central Estadual de Regulação de Leitos que organiza o fluxo de admissão por meio de transferências inter-hospitalar e marcação de cirurgias eletivas. O perfil dos tipos de encaminhamentos representou 17,65% de internações por meio de agendamento para cirurgia eletiva, com uma média de aguardo de 77 dias e 82,35% internações por meio de transferência inter- hospitalar, com uma média de espera de 23 dias.

Estudando pacientes com aneurisma, Cardozo Júnior et al. (2011) observaram uma média de 46,5 anos e o gênero feminino correspondeu a 72,36% de sua amostra assim como 73,00% do pacientes estudados por Vasconcelos et al. (2008) eram mulheres e a média de idade dos pacientes foi de 41 anos. Em Anápolis, baseando-se em dados obtidos por Sá Júnior et al. (2014) no Hospital Evangélico Goiano com o objetivo de identificar a real distribuição dos aneurismas cerebrais e suas características os resultados quanto ao gênero, de um total de 76 indivíduos, mostraram que 62,8% dos pacientes eram do sexo feminino.

Em contrapartida Faleiro et. al (2004) observou prevalência do sexo masculino compondo 59,0% de sua amostra com faixa etária prevalente de aneurismas não-rotos situada entre 41-60 anos.

Além do sexo feminino, a faixa de idade de maior ocorrência relatada pelos autores ficou entre 40 e 65 anos, assim como os dados deste estudo que registou 31,37% para uma faixa etária de 40 a 50 anos e 35,30% para pacientes ente 51 a 60 anos.

Percebe-se que a presente pesquisa está em consonância com os estudos citados, apontando o sexo feminino com maior prevalência de pacientes internados para tratamento de aneurismas. O estudo que apresenta maior porcentagem para homens tem mais tempo de publicação, em relação aos demais, o que pode demonstrar uma mudança do perfil com passar do tempo.

Observamos ainda uma disparidade em relação ao tempo de espera para admissão no hospital de referência dos pacientes de cirurgia eletiva e de transferência inter-hospitalar. Um fator que pode ter relação com um maior tempo de espera dos pacientes selecionados para cirurgia eletiva seria a menor gravidade do caso no momento da avaliação inicial em relação aos demais pacientes da fila de espera. Entretanto, não podemos deixar de ressaltar a probabilidade de agravamento iminente de muitos pacientes que saíram da fila de cirurgia eletiva e foram para pronto atendimento com piora clínica e até mesmo os óbitos pré-hospitalares que podem ocorrer enquanto paciente espera por acolhimento em tempo hábil.

Em relação à avaliação do nível de consciência na admissão hospitalar pela escala de coma de Glasgow, 46 dos pacientes 90,20% apresentaram pontuação máxima da ECG e apenas 5 pacientes com pontuação menor que 15 na escala de Glasgow, destes cinco, 3 (5,88%) com ECG avaliado em 14 pontos e 2 (3,92%) com 12 pontos.

Ao analisar o nível de consciência pela escala de coma de Glasgow e correlacionar a admissão com a alta hospitalar, podemos observar uma elevação na porcentagem de pacientes que apresentaram ECG menor que 15 pontos, bem como uma maior redistribuição. Não houve modificação do nível de consciência dos pacientes que foram admitidos com ECG de 14, no entanto houve um declínio sobre o número de pacientes que apresentavam 12 pontos e 15 pontos de ECG entre a admissão e alta. Dos 46 pacientes com ECG de 15 pontos, 5 foram a óbito e dois tiveram alta com ECG de 9 pontos. Já os pacientes que apresentavam ECG de 12 pontos na admissão um reduziu mais ainda sua pontuação, tendo alta com 10 pontos na ECG e o outro foi a óbito. No total foram registrados 6 óbitos, o que representou 11,76% de pacientes que evoluíram para Glasgow igual a três como podemos verificar na tabela 2.

Tabela 2- Apresentação em porcentagens do nível de consciência pela Escala de Coma de Glasgow – ECG registrados na admissão e alta. Teresina – PI, 2018. (n=51)

ECG	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Admissão (%)										3,92		5,88	90,2
Alta (%)	11,76						3,92	1,96				5,88	76,48

FONTE: Pesquisa direta

Semelhante à avaliação neurológica dos pacientes realizada neste estudo, Silva et al. (2014) também avaliaram o nível de consciência de seus pacientes pela escala de

Glasgow e 73,02% apresentavam pontuação entre 14 e 15 na admissão, assim como Siqueira e Dicini (2017) usaram a ECG para avaliação neurológica dos pacientes em seus estudos e registraram na admissão Glasgow de 14 ou 15, todavia não observaram alteração significativa da ECG no pós operatório.

Ślusarz et al. (2017) mencionam que existe correlação entre nível de consciência no primeiro dia de hospitalização e a condição clínica na alta, com significância ($p < 0,01$), mostrando que um melhor score de Glasgow na admissão prediz capacidades funcionais bem sucedidas na alta.

Em consonância com a literatura exposta, este estudo também observou que a maioria dos pacientes chega à unidade de saúde com bom nível de consciência representado por uma boa pontuação na ECG e que durante o período de internação essa avaliação pode se alterar de acordo com a evolução clínica. Vale salientar que dos seis (11,76%) pacientes que foram á óbito 5 apresentaram piora clínica com deterioração do status neurológico enquanto aguardavam o agendamento do procedimento cirúrgico e foram a óbito na UTI antes de conseguir realizar a embolização e 1 foi a óbito no período pós operatório também na UTI.

Sobre à mortalidade, Pereira, Coelho e Barros (2004) registraram taxa de 5,5 % mostrando um dado inferior em comparação a este estudo. Já a mortalidade no estudo de Martins et al (2012) foi superior, com 17,8% de óbitos, todos registrados no pós operatório. Siqueira; Dicini (2017) também encontraram valores elevados avaliando pacientes de neurocirurgia eletiva e não eletivas que registrando óbito de 5,5 % no grupo de eletivos e 26,7% no grupo não eletivo com significância estatística ($p < 0,001$). Para Guaresi et al. (2011) 6.8% de óbitos correram devido ruptura do aneurisma cerebral e que a ruptura esteve associada com mortalidade em 40%.

A variação na taxa de óbito encontrada nos estudos citados, e em comparação com os dados que apresentamos, justifica-se pela gravidade neurológica da patologia em si, bem como a instabilidade iminente da população estudada. Nosso estudo registrou 100% de óbitos nos 5 pacientes com ruptura do aneurisma reforçando a alta mortalidade citada nestes casos.

Com relação à funcionalidade da marcha, esta se apresentou como ausente em 8 (15,69%) dos pacientes logo na admissão e na alta esse valor totalizou 27,45% envolvendo um total de 14 pacientes. A hemiplegia foi o déficit mais presente na admissão com 6 pacientes (11,77%) e elevou-se na alta para 8 pacientes (15,69%). Neste estudo consideramos os pacientes com tetraplegia aqueles com desfecho óbito na alta hospitalar como mostra a tabela 3.

Tabela 3- Representação da avaliação da marcha e nível motor registrados na admissão e alta. Teresina – PI, 2018. (n=51).

Variável	Categoria	Situação			
		Admissão		Alta	
		N	%	N	%
Marcha	Presente	43	84,31	37	72,55
	Ausente	8	15,69	14	27,45
Motor	Sem Déficit	40	78,43	35	68,63
	Monoparesia	2	3,92	1	1,96
	Hemiparesia	3	5,88	1	1,96
	Hemiplegia	6	11,77	8	15,69
	Tetraplegia	-	-	6	11,76

FONTE: Pesquisa direta

As paralisias podem se apresentar como disfunções motoras observadas em complicações neurológicas. Martins et al. (2012) em seus estudos, observaram que na admissão algum tipo de déficit neurológico foi registrado perfazendo 33,3% de sua amostra, sem discriminá-los. Já Araújo et al. (2014) observaram ainda, em sua pesquisa que 30,7% dos pacientes avaliados tinham déficit motor entre hemiparesia e hemiplegia, o que interferiu prejudicialmente na mobilidade no leito e marcha.

Avaliando independência funcional e comparando admissão e alta de pacientes com hemorragia subaracnóidea Loureiro et al. (2015) consideraram presença de hemiparesia em 30,7% e concluíram que esses pacientes necessitaram de maior supervisão na alta.

Déficit motor também esteve presente em 31,1% dos pacientes estudados por Guaresi et al. (2011) e Mocco et al. (2004) acrescenta que das sequelas neurológicas o déficit motor representa 43% com maior frequência para hemiplegia. Observa-se que das sequelas neurológicas decorrentes das complicações do aneurisma, os déficits motores tem destaque para hemiparesia e a hemiplegia. A maioria dos autores citados não destaca qual déficit foi mais presente o que pode estar relacionado com a perda de dados devido caráter retrospectivo de suas pesquisas.

Assim como na literatura levantada, nossos dados confirmam com os encontrados pelos estudos citados, pois identificamos a hemiplegia como o déficit motor mais frequente tanto na admissão como na alta e sua correlação com a incapacidade de andar, o que pode ser um dos fatores que influencia à uma maior exigência de cuidados, risco de complicações e maior permanência no leito.

Avaliamos ainda a permanência do paciente no hospital, por meio do total de dias de internação e ainda a enumeração da quantidade de dias aguardando agendamento cirúrgico, dias de enfermaria no pós-procedimento de embolização e o total de dias de internação hospitalar e suas médias. Os pacientes aguardam no leito o agendamento da cirurgia em média 10,9 dias, $\pm 6,23$, com intervalo Entre 9 a 17 dias representando 39,22% dos casos.

A média de dias de UTI do total de pacientes foi de 3.9 dias, $\pm 5,28$, com boa representatividade 56,86% para pacientes que passaram dois ou menos dias de UTI. Após o procedimento da embolização e alta da UTI para enfermaria, a maioria dos pacientes 43,14% permaneceu no leito uma faixa de 3 a 5 dias de internação, com uma média de 5.3 dias e $\pm 10,08$, evoluído com alta hospitalar. O período total de internação hospitalar deste estudo variou de 1 a 107 dias com a maioria dos pacientes (41,18%) permanecendo entre uma faixa de 9 a 16 dias, com uma média de 20,1 dias e $\pm 16,20$, como mostra a tabela 4.

Tabela 4 - Descrição dos dias da permanência hospitalar nas etapas do processo de internação. Teresina – PI, 2018. (N=51)

Variável	Intervalo de dias	n	%
Dias na enfermaria aguardando agendamento cirúrgico Média = 10,9 dias Max = 28 dias	≤ 4 dias	6	11,76
	5 a 8 dias	16	31,37
	9 a 17 dias	20	39,22
	≥ 18 dias	9	17,65
Dias na UTI Média = 3,9 dias Max = 30 dias	≤ 2 dias	29	56,86
	3 a 5 dias	14	27,45
	6 a 10 dias	5	9,80
	> 10 dias	3	5,88
Dias de enfermaria pós embolização Média = 5,3 dias Max = 66 dias	≤ 2 dias	19	37,26
	3 a 5 dias	22	43,14
	6 a 8 dias	6	11,76
	≥ 9 dias	4	7,84
Total dias internação hospitalar Média = 20,1 dias Max = 107 dias	≤ 8 dias	3	5,88
	9 a 16 dias	21	41,18
	17 a 24 dias	18	35,29
	≥ 25 dias	9	17,65

FONTE: Pesquisa direta

Segundo Williams et al. (2005) a média de dias de internação em UTIs no cenário internacional é de 5,3 dias. No Brasil, Silva et al. (2014) compararam a média de dias na UTI de pacientes com hemorragia subaracnóide não traumática que foram a óbito, registraram uma média de 9,6 dias, com a média de dias de pacientes que tiveram alta, com média de 11,7 dias, número que correlacionou a presença de infecções respiratórias. Contrapondo-se as literaturas citadas, este estudo encontrou média de 3,9 dias de UTI, para a população estudada, o que representou ser um ponto positivo já que Lima, Andrade e Hass (2007) consideram internações acima de 48 horas um risco aumentado e predisponente às infecções.

A duração média do total de dias de internação hospitalar, deste estudo, foi de 20,1 dias um número bem acima da média nacional de permanência hospitalar de pacientes com doenças cerebrovasculares de 7.7 dias de acordo com os estudos de Botelho et al. (2016) baseados no sistema nacional de informações hospitalares do DATA SUS. Valor próximo também foi observado por Bruch, Claudino, Ghizoni (2010), com internação hospitalar média em 8 dias ao estudar pacientes em um hospital de Santa Catarina.

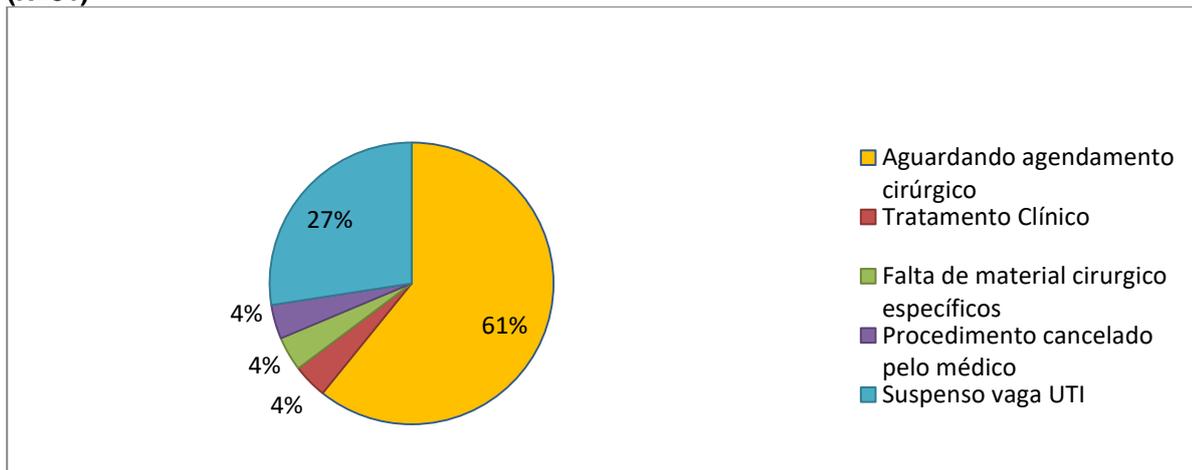
Avaliando 255 pacientes, Pereira, Coelho e Barros (2004) observaram que a duração média de internamento foi de 12,4 dias e que a duração maior que sete dias

estiveram mais relacionados à pacientes com plegia no membro afetado. No entanto, não foi correlacionado no presente estudo a variável presença de déficit motor com permanência hospitalar, não sendo possível confrontar esse resultado. Contudo, em relação à média de dias de internação dos autores citados, podemos observar neste estudo média bem superior a encontrada na literatura, fato este que pode estar conexo com os dias em que o paciente esteve no leito aguardando agendamento cirúrgico.

Em relação aos fatores que justificam o tempo de espera no pré procedimento destacamos: Aguardando agendamento cirúrgico, em Tratamento clínico (antibioticoterapia), Falta material cirúrgico específico, Procedimento cancelado pelo médico e Suspensão da vaga de UTI.

Dois motivos destacam-se nas porcentagem: aguardar agendamento cirúrgico que esteve relacionado à 61% dos pacientes que permaneceram no leito e suspenso por falta vaga de UTI que ocorreu em 21% dos casos nos quais a cirurgia foi suspensa pelo menos uma vez devido alterações na liberação de vaga de UTI já confirmadas, como mostra o gráfico 1.

Gráfico 1 – Motivos relacionados à permanência de internação pré-embolização. Teresina – PI, 2018. (N=51)



Em estudo realizado em um hospital de grande porte em Belo Horizonte, com dados relacionados a cirurgias eletivas Moreira et al. (2016) observaram que as suspensões cirúrgicas tiveram relação com aumento da permanência hospitalar, e dentre as especialidades a neurocirurgia correspondeu a 10,4% de suspensões com motivos relacionados a condição clínica do paciente em 58 (19,5%), por falta de vaga na UTI 26 (8,8%), devido cancelamento pelo cirurgião 20 (6,7%), aguardando agendamento por falta de exames complementares 12 (4,0%) e agrupar indisponibilidade de equipamento e materiais específicos para o procedimento 06 (2,0%), dentre outros motivos.

Os dados descritos no nosso estudo não relatam piora clínica como uma causa de adiamento de cirurgias, contudo em acordo com o autor supra citado a falta de vaga de UTI é um fator presente em nossos números e limitante para celeridade e resolubilidade.

Quanto às questões a cerca do atraso no procedimento de embolização por aguardo de agendamento cirúrgico e a suspensão de vaga de UTI é importante chamar

atenção à relação entre essas duas condições de espera que interferiram na permanência hospitalar deste estudo. Os motivos que podem estar relacionados com altas porcentagens dessas duas causas podem ser decorrentes do perfil do hospital estudado por ser referência Estadual, com apenas duas UTIs de caráter geral que atende a diferentes demandas internas e externas como: pós operatório de diversas cirurgias eletivas, imprevisibilidade com piora clínica nas enfermarias e presença de pacientes crônicos em terapia intensiva o que inibe a rotatividade de leitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A embolização demonstrou ser uma cirurgia favorável ao desfecho clínico do paciente, já que os óbitos estiveram mais relacionados com piora clínica antes do procedimento. A Hemiplegia foi o déficit motor mais presente na admissão e alta. O desfecho óbito esteve presente em 11,76 %. A média de permanência hospitalar foi de 20,1 dias. A embolização demonstrou ser uma cirurgia favorável ao desfecho clínico do paciente, já que os óbitos estiveram mais relacionados com piora clínica antes do procedimento. O tempo de permanência hospitalar foi maior que o da literatura encontrada e carência de vaga de UTI foi o motivo mais frequente para permanência no leito aguardando agendamento e para suspensão de cirurgias já agendadas interferindo diretamente no tempo de permanência hospitalar. A evolução neurológica no aneurisma é tempo dependente, com desfecho potencialmente prejudicado pela falta de terapêutica em tempo adequado. O acesso e resolubilidade de um maior número de casos parece estar ligado a escassez de leitos de UTI.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, O.F. et al. Diagnósticos de enfermagem e proposta de intervenções ao paciente com aneurisma cerebral. **Ciências Saúde**, v.25, n.1, p.25-34, 2014.

BOTELHO, T.S . et al. Epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. **Temas em saúde**. Vol 16, Núm 2. João Pessoa, 2016.

BRADLEY, V.M. Placing Emergency Department crowding on the decision agenda. **J Emerg Nurs**, v.31, p.247-58, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Média de Permanência Geral**. Brasília, Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: política nacional de humanização. Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidados em acidente vascular cerebral (avc) na rede de atenção às urgências e emergências**. 2012. Disponível

em:<<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/03/pcdt--linha-cuidado-avc-rede-urg-emer-2012.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2017.

BRUCH, T.P.; CLAUDINO, R.; GHIZONI, E. Análise dos pacientes internados com Acidente Vascular Encefálico Isquêmico em um hospital do sul de Santa Catarina. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.39, n.4, 2010.

CARDOZO JÚNIOR, L.C.M.; BARROS, B.P.; HOLANDA, M.F.C. Fatores de risco em pacientes com aneurismas intracranianos atendidos em um hospital de referência de Belém-PA. **JBNC**, v.22, n.3, p.95-99, 2011.

FALEIRO, L.C.M. et al. Tratamento cirúrgico dos aneurismas não rotos da artéria cerebral média. **Arq Neuropsiquiatr**, v.62, n.2-A, p.319-321, 2004.

GUARESI, J.R. et al. Sequelas em pacientes com hemorragia subaracnóide por ruptura de aneurisma intracraniano. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 40, n.2, 2011.

LIMA, M. E.; ANDRADE, D.; HAAS, V. J. Avaliação prospectiva da ocorrência de infecção em pacientes críticos de unidade de terapia intensiva **Rev. bras. ter. intensiva**, v. 19, n. 3, São Paulo, Jul/Set. 2007.

LOUREIRO, A.B. et al. Evolução Funcional de Pacientes com Hemorragia Subaracnóide Aneurismática não Traumática. **R bras ci Saúde**, v.19, n.2, p.123-128, 2015

MARTINS, P.A. et al. Hemorragia subaracnóidea aneurismática: análise da evolução dos pacientes internados em um hospital de Tubarão. **Arq. Catarin. Med**, v.41, n.4. p.19-25, 2012.

MOCCO, J. et al. The natural history of unruptured intracranial aneurysms. Department of Neurological Surgery, **Neurosurg Focus**, v.17, n.5, 2004.

MOREIRA, L.R. et al. Avaliação dos motivos de cancelamento de cirurgias eletivas. **Revista Enfermagem**, 2016.

PEREIRA, S.; COELHO, F.B.; BARROS, H. Acidente Vascular Cerebral: hospitalização, mortalidade e prognóstico. **Acta Med Port**, v.17, p.187-92, 2004.

RICHARDSON, D.B. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. **Med J Aust**, v.184, p.184-213, 2006.

SÁ JÚNIOR, A.T. et al. Estudo retrospectivo: prevalência de aneurismas cerebrais por topografia vascular no hospital evangélico goiano. **Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria**, v.18, n.3, p.209-223, 2014.

SILVA, G.C. et al. Perfil clínico e terapêutico dos pacientes vítimas de hemorragia subaracnóidea não traumática no sistema único de saúde no município de Barbacena – MG. **Rev Med Minas Gerais**, v.24, n.3, p.327-336, 2014.

SIQUEIRA, E.M.P.; DICCINI, S. Complicações pós-operatórias em neurocirurgia eletiva e não eletiva. **Acta Paul Enferm.** v.30, n.1, p.101-8, 2017.

ŚLUSARZ, R. et al. Application of the functional capacity scale in the early assessment of

functional efficiency in patients after aneurysm embolization: Preliminary reports *Advances in Clinical and Experimental Medicine*. **Adv Clin Exp Med**, v.26, n.6, p.981–986, 2017.

VASCONCELLOS, L.P. et al. Presentation and treatment of Carotid Cavernous Aneurysms. **Arq Neuropsiquiatr**, v.66, n.2-A, p.189-193, 2008.

VAN GIJN, J.; RINKEL, G. J. E. Subarachnoid hemorrhage: diagnosis, causes and management. **Brain**, v.124, n.2, p.249-278, 2001.

VLAK MH, et al. Prevalence of unruptured intracranial aneurysms, with emphasis on sex, age, comorbidity, country, and time period: systematic review and meta-analysis. **Lancet Neurol**. 2011;10(7):626-636.

WIEBERS, D.O. et al. Unruptured intracranial aneurysms: natural history, clinical outcome, and risks of surgical and endovascular treatment. **Lancet**, v.12, n.362, p.103-10, 2003.

WILLIAMS, T. A. et al. Long-term survival from intensive care: a review. **Intensive Care Med**, v.31, n.10, p.306-15, 2005.

ALEITAMENTO MATERNO E PASTORAL DA CRIANÇA: UMA ANÁLISE

DOCUMENTAL

Gabriele Alves de Paula Chemin¹
Suzelaine Taize Stadler²
Elaine Cristina de Oliveira³
César Rey Xavier⁴
Cristina Ide Fujinaga⁵

Recebido em: 06 mar. 2018
Aceito em: 13 nov. 2018

RESUMO: O artigo faz uma análise crítica documental do material impresso utilizado pelas líderes da Pastoral da Criança, sobre o aleitamento materno. A natureza do estudo é qualitativa, utilizando o método de análise de conteúdo do tipo temática e estrutural, a partir da análise documental. O material analisado reforça o conhecimento científico e a função biológica do aleitamento materno, homogeneizando as ações e descontextualizando a ação local e comunitária. A organização da Pastoral em grupos pequenos favorece o trabalho de apoio ao aleitamento materno, porém há muito que considerar sobre o papel singular de cada líder além do que está posto nos materiais padronizados pela instituição.

Palavras-chave: Aleitamento materno. Organização comunitária. Políticas públicas.

BREASTFEEDING AND PASTORAL OF THE CHILD: A DOCUMENTAL ANALYSIS

ABSTRACT: The article makes a documentary critical analysis of printed material used by leaders of the Pastoral on breastfeeding. The nature of the study is qualitative, using the method of analysis of content of thematic and structural type, from the documentary analysis. The analyzed material reinforces the scientific knowledge and the biological function of breastfeeding, homogenizing actions and decontextualizing local and community action. The Pastoral organization in small groups favors the work in support of breastfeeding, but there is much to consider about the unique role of each leader beyond what is laid on standardized materials by the institution.

Keywords: Breast feeding. Communitarian organization. Public policies.

¹ Gabriele Alves de Paula Chemin, Mestra em Desenvolvimento Comunitário pela Universidade Estadual do Centro-Oeste/UNICENTRO, gabiapaula@yahoo.com.br.

² Suzelaine Taize Stadler, Mestra em Desenvolvimento Comunitário pela Universidade Estadual do Centro-Oeste/UNICENTRO, fonoaudiologasuzelaine@hotmail.com.

³ Elaine Cristina de Oliveira, Profa. Dra. do Departamento de Fonoaudiologia –Universidade Federal da Bahia/UFBA, elaineoliveira1009@gmail.com.

⁴ César Rey Xavier, Prof. Dr. do Departamento de Psicologia - Universidade Estadual do Centro-Oeste/UNICENTRO, Vice-Coordenador do Mestrado Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário – PPGDC, reyxavier@gmail.com.

⁵ Cristina Ide Fujinaga, Profa. Dra. do Departamento de Fonoaudiologia - Universidade Estadual do Centro-Oeste/UNICENTRO, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar Desenvolvimento Comunitário Universidade Estadual do Centro-Oeste/UNICENTRO, cifujinaga@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Os benefícios do aleitamento materno, tanto para a saúde infantil, quanto para a saúde da mulher, têm sido amplamente difundidos na literatura. Entretanto, embora se tenha este reconhecimento científico, o incentivo e a manutenção desta prática são dependentes de diversos fatores que envolvem questões culturais, práticas dos serviços de saúde e principalmente o apoio às mulheres/mães através de políticas públicas que lhes forneçam suporte adequado para a manutenção do aleitamento materno até a idade sugerida pela Organização Mundial da Saúde. A fim de mudar este cenário e promover o aleitamento materno, algumas instituições realizam ações comunitárias a fim de superar tal situação (AKRÉ, 1994).

Entre as ações comunitárias em curso podemos destacar aquelas que são realizadas pela Pastoral da Criança, cuja organização comunitária é de âmbito nacional e tem por finalidade realizar um trabalho voltado ao desenvolvimento integral de crianças no contexto familiar e comunitário, além de promover e apoiar o aleitamento materno (PASTORAL DA CRIANÇA, 2003). A pessoa responsável por realizar o acompanhamento das famílias é denominada líder comunitária e participa de uma capacitação antes de iniciar as visitas.

As atividades desenvolvidas pelas líderes comunitárias são compreendidas como um investimento na mulher enquanto mãe. As líderes desenvolvem esse investimento a partir do acompanhamento das gestantes, dos filhos e de toda a família (ANJOS, 2007), empregando o uso de alguns materiais impressos, os quais serão especificados mais a seguir. Em relação ao aleitamento materno, as líderes desenvolvem atividades durante a gestação para preparar as mães para a amamentação, realizam orientações sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês e a manutenção até os dois anos ou mais (PASTORAL DA CRIANÇA, 2015).

Percebe-se que, na prática cotidiana, as capacitações oferecidas às líderes são realizadas por profissionais de saúde cujos discursos e assistências têm privilegiado uma conduta voltada para os aspectos biológicos e orgânicos do aleitamento materno. Diante disso, este artigo pretende realizar uma análise documental do material impresso sobre o tema aleitamento materno utilizado pelas líderes da Pastoral da Criança.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, utilizando o método de análise de conteúdo do tipo temática e estrutural, a partir da análise documental (MINAYO, 2000). Os materiais impressos e padronizados utilizados pelas líderes comunitárias da Pastoral da Criança abordam o desenvolvimento global da criança desde a gestação até os 6 anos de idade. Nessa pesquisa selecionamos apenas os materiais que abordam diretamente o tema do aleitamento materno. Para tal, foram analisados os seguintes materiais: Guia do Líder

da Pastoral da Criança: para países de língua portuguesa / Pastoral da Criança – 15 ed. – Curitiba, 2015.; Caderno do Líder da Pastoral da Criança; Folha de Acompanhamento e Avaliação Mensal das Ações Básicas de Saúde e Educação na Comunidade e o envelope Laços de Amor.

A análise dos dados foi composta por duas etapas: de organização e interpretação dos dados (MINAYO, 2000). Primeiramente, a partir de uma leitura flutuante e avaliação geral, foram selecionados e organizados os materiais que continham algum conteúdo relacionado ao tema aleitamento materno. Posteriormente à seleção, foi realizada uma interpretação minuciosa dos dados sustentada primeiramente por uma concepção de corpo que não pode ser reduzido ao aspecto biológico e que, no sentido foucaultiniano, é constituído por aspectos políticos, sociais e culturais importantes e, segundo, por um modelo de educação em saúde dialógico, integrando partes do sujeito objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, possibilitando a reconstrução de sentidos e significados, individuais e/ou coletivos, sobre o processo saúde-doença-cuidado (ALVES, 2005).

Todos os materiais analisados neste trabalho foram criados e padronizados para direcionar as visitas domiciliares das líderes comunitárias. O Guia do Líder e o envelope denominado 'Laços de Amor' são os materiais que informam e orientam questões referentes ao aleitamento materno. Os outros materiais citados são utilizados para coleta de dados. Todos os materiais são utilizados conjuntamente pelas líderes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

GUIA DO LÍDER DA PASTORAL E 'LAÇOS DE AMOR'

A primeira referência ao aleitamento materno no Guia do Líder aparece na segunda etapa da capacitação, na página 30, que corresponde à primeira visita domiciliar à gestante. Nesse primeiro momento, a líder explica à gestante como devem ser os cuidados nos primeiros mil dias de vida da criança e de que forma eles podem afetar significativamente a saúde do bebê. Além disso, a líder entrega à gestante a primeira ficha do material 'Laços de Amor', com o conteúdo desta primeira visita, contendo cartelas de orientação mensal para a gestante e o bebê (PASTORAL DA CRIANÇA, 2015).

Os primeiros mil dias de vida correspondem a 270 dias de gestação + 365 dias do 1º ano de vida + 365 dias do 2º ano de vida (PASTORAL DA CRIANÇA, 2015). Segundo Cunha (2015) esse é um período muito importante para realizar ações e intervenções que irão repercutir ao longo de toda a vida do indivíduo, tanto em questões nutricionais como em questões afetivas.

O autor complementa que as ações realizadas nesse período “podem aumentar as chances da criança de ter uma vida saudável e produtiva no futuro, fortalecer famílias e comunidades e contribuir para quebrar o ciclo intergeracional da pobreza” (CUNHA, 2015,

p. 50). Ao abordar esse assunto já no primeiro encontro, as líderes esperam que a gestante conheça essa teoria e planeje os cuidados com seu filho desde a gestação. Esse dado corrobora com alguns estudos como Rios; Vieira (2007), entre outros, que trazem a efetividade e a importância de atividades educativas realizadas durante o período pré-natal.

Sabe-se que durante o período pré-natal, a mulher necessita de cuidados especiais, devido ao fato de vivenciar experiências singulares decorrentes de mudanças fisiológicas, corporais, psicossociais, etc. (SILVA, et al., 2012). Com base nessa demanda, foram criadas algumas políticas públicas a fim de garantir o cuidado integral da mulher, dentre as quais pode-se citar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004). Entretanto, estudos recentes (SILVA, et al., 2012; GONÇALVEZ; CESAR; SASSI, 2009) mostram que, apesar dessas políticas públicas, a maioria dos serviços de assistência de pré-natal no Brasil não é classificado como adequado, do ponto de vista de garantia de assistência integral à gestante, uma vez que frequentemente, essa atenção está voltada a atender as queixas específicas das gestantes, tornando-se uma atenção precária para promover a saúde integral da mãe (GONÇALVEZ, CESAR, SASSI, 2009; COSTA, et al., 2009). Além disso, somente as mulheres empregadas com contrato formal de trabalho têm alguns benefícios garantidos pela Constituição Federal, como a proibição da “demissão sem justa causa ou arbitrária da trabalhadora gestante, dando estabilidade no emprego desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto” (BRASIL, 2015a, p. 5).

Um estudo realizado por Saliba et al (2008) demonstra que realizar grupos de discussão abordando os mitos, inibições e demonstrações práticas sobre as vantagens da amamentação, envolvendo pessoas do convívio social da mulher são métodos úteis e eficazes que devem ser implementados, reforçando a importância do aleitamento materno. Dessa maneira, observa-se que estratégias para convencer a mulher sobre a importância da amamentação existem, entretanto, chamamos a atenção para o lugar em que se posiciona a mulher. Comumente, coloca-se na mulher a responsabilidade pela saúde e nutrição do seu bebê sem assegurar a ela mecanismos e possibilidades reais para que isso ocorra. Para tanto, devemos analisar a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), a qual assevera sobre o “aleitamento materno exclusivo por 6 meses e continuidade da amamentação com a introdução de alimentos complementares até os 2 anos ou mais”, algo que vai contra o que é preconizado pela legislação brasileira, na qual a mulher que trabalha sob o regime CLT tem o direito a 120 dias de licença-maternidade, ou seja, ela é responsabilizada pela decisão de desmamar seu filho antes dos 6 meses, em respeito à lei que a obriga a retornar ao trabalho quando seu filho ainda está com quatro meses. Em 2008, a Lei 11.770 (Empresa Cidadã) passou a estender a licença-maternidade para 6 meses, entretanto a mesma garante este direito adquirido apenas para servidores federais e estaduais. Mulheres que estão fora deste sistema dependem da decisão da empresa em que trabalham em optar ou não por seguir tal lei. Também existe, dentro da lei da CLT, no artigo 396, seção V, a recomendação de que a mulher tenha direito a dois intervalos de meia hora por dia, além dos intervalos normais de repouso e alimentação, para que possa utilizá-los para amamentar seu bebê até que ele complete 6 meses de vida. Tal condição

deve ser combinada com o empregador a fim de flexibilizar o horário, pois algumas mulheres trabalham longe de suas casas, não sendo possível utilizar esse benefício no meio do dia. Vale lembrar que, na realidade, milhares de mulheres estão fora de qualquer condição de trabalho formal, ou seja, não tem garantido nenhum benefício durante os primeiros 6 meses de vida do filho.

Diante disso, infere-se que somente a orientação e conscientização sobre os benefícios da amamentação, iniciada já na fase gestacional, não são suficientes para que a mãe opte e realize o aleitamento materno exclusivo até os seis meses, devendo ser repensadas as políticas públicas de apoio ao aleitamento materno. Como se propõe a demonstrar com estas reflexões, o cumprimento das políticas e direitos das lactantes depende de fatores que vão além da mera formalidade legal ou institucional. E na medida em que tais fatores começam a ser levados em conta, promove-se como consequência uma maior possibilidade de que a responsabilidade das mães não venha carregada da concomitante e infelizmente corriqueira culpabilização das mesmas, no que tange às contingências da amamentação.

Orientações sobre encaminhamentos necessários e questões sociais também fazem parte do Guia do Líder para que a lactante conheça seus direitos e seja incentivada a procurá-los, caso deseje manter o aleitamento materno e encontre barreiras. As orientações da legislação específica do Brasil são sinalizadas com uma bandeira do País, ressaltando que tal orientação só é válida no Brasil, pois o mesmo Guia é utilizado em todos os países de língua portuguesa em que a Pastoral da Criança atua. Acredita-se que caso a mãe estiver sendo acompanhada, ela irá desenvolver a sua autonomia, possibilitando que ela tome decisões baseadas nas suas necessidades reais. Logo, levará a mulher a ter mais saúde e liberdade de escolher e de participar da sua gestação (SILVA, et al., 2012).

Na terceira etapa da capacitação, o Guia do Líder orienta sobre a importância do aleitamento materno, sugerindo que a líder converse com a gestante e seu companheiro sobre suas dúvidas e experiências de amamentação, fazendo referência ao conhecimento social/cultural. Com essa metodologia poder-se-ia esperar que a gestante e seus familiares pudessem participar ativamente do processo de construção do conhecimento, tornando-se protagonistas na opção pelo aleitamento materno. Entretanto, nessa mesma página o guia afirma que tal atitude facilita que as orientações repassadas pela líder sejam ouvidas e colocadas em prática, permanecendo o modelo de orientação depositária também chamada por Freire (1983) de concepção bancária, onde o indivíduo que está na posição de educador faz depósitos de conteúdos que devem ser arquivados pelos educandos sem uma reflexão crítica e um posicionamento pessoal sobre tais conteúdos.

O Ministério da Saúde realizou uma discussão sobre o respeito e a valorização da participação e autonomia do sujeito nas ações relativas ao seu bem-estar, superando o modelo de educação linear, ancorado na medicina higienista, na qual a ideologia da cultura comum é substituída pela cultura científica (BRASIL, 2015b). É necessário reconhecer que as líderes estão imersas em uma cultura, na qual o conhecimento científico é considerado superior ao senso comum. Entendemos que a permissibilidade de que os saberes

populares, intrínsecos à organização comunitária, sejam suprimidos pelo modelo científico faz com que todo o processo sofra prejuízo, no sentido mesmo de um reducionismo. Na prática, o material utilizado pelas líderes, bem como a forma como a conversa que faz referência ao conhecimento social e cultural é comumente colocada, acaba induzindo à linearidade do repasse de todo este conhecimento.

Na contracapa do Guia do Líder estão descritas as instituições que participaram da elaboração do Guia, demonstrando que o material foi preparado por profissionais de saúde. Não há menção da participação das líderes e mulheres acompanhadas pela pastoral na organização de conteúdos a serem abordados, partindo das suas necessidades práticas nas comunidades. Em um estudo sobre os cuidados que as mães devem ter com seus bebês prematuros após a alta hospitalar, Fonseca (2004) ressalta a importância da participação das mães e profissionais de enfermagem na elaboração do material, tanto na questão didática como nos conteúdos a serem abordados. Tal pesquisa reuniu esses dois grupos em rodas de discussão onde poderiam falar sobre o que achavam importante aprender e ensinar. A partir das discussões foram definidos os temas geradores para elaboração do material. Após a confecção do material-piloto, este foi validado por profissionais da saúde e pelos participantes da pesquisa, para então ser enviado para confecção final. Dessa maneira, os assuntos abordados eram referentes às necessidades cotidianas das mães alcançando com maior eficácia o público-alvo do material.

As vantagens do aleitamento materno para o bebê e para a mãe, assim como o manejo das técnicas do aleitamento materno, são amplamente comentados em todas as etapas do Guia do Líder e nos panfletos do envelope 'Laços de Amor'.

Segundo o material, o leite materno é o único alimento que o bebê precisa até os seis meses de idade, confirmando a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e do Ministério da Saúde do Brasil (MS), que recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e complementada até 2 anos de idade ou mais (Brasil, 2015b).

O material mostra-se atualizado nas orientações quanto ao preparo para a amamentação, pois orienta que não se deve passar bucha, toalha áspera ou esticar o bico do seio para fortalecer o mamilo, visto que o próprio organismo da gestante prepara-se para a amamentação. Mostra-se adequado também quando orienta que o leite do peito é completo, não sendo necessário complementar com chá, suco ou água. Em 2015, foi assinado um decreto que regulamenta a Lei 11.265, de 2006, referente à comercialização de alimentos para crianças durante o período da amamentação, proibindo também propagandas de produtos que possam interferir na amamentação (BRASIL, 2015b), reforçando e legitimando a orientação repassada pelas líderes às gestantes. Em todas as visitas que as líderes realizam às gestantes e às mães de bebês que ainda não completaram 6 meses, a informação de que o leite materno é tudo que o bebê precisa para ficar bem alimentado é reforçada, mantendo a mãe segura na decisão em prosseguir com o aleitamento materno exclusivo. A superioridade do leite materno em comparação a outras formas de alimentação de crianças até seis meses é citada por inúmeros autores como

Saliba, et al (2008), entre outros.

Em termos de políticas públicas o aleitamento materno é a forma mais eficaz e barata no combate à mortalidade e morbidade infantil. O Ministério da Saúde (2015b) ressalta que o aleitamento materno permite um grande impacto na saúde integral da mãe e do bebê, revertendo em benefícios para toda a sociedade.

Assim, as mães que optam pelo aleitamento materno exclusivo e obtêm sucesso no manejo, pensando na saúde do seu filho, acabam por ‘colaborar’ com o plano de estratégias do estado, pois um número menor de crianças e mulheres adoentadas necessitará de atendimento médico/hospitalar. Segundo Giugliani (2000) é difícil quantificar o real impacto social do aleitamento materno, mas estudos confirmam que as crianças alimentadas com leite materno necessitam de menos atendimento médico/hospitalar, diminuindo também a falta dos pais ao trabalho. Kalil e Aguiar (2016), em trabalho realizado sobre discursos pró-aleitamento materno, concluem que se o Estado brasileiro considera a saúde da criança como prioridade, é necessário que as políticas familiares sejam mais efetivas, reforçando a importância da criação e manutenção de uma rede de apoio à mulher para que seja possível a opção pelo aleitamento materno conforme recomendação da OMS.

O Guia apresenta uma descrição completa sobre as várias posições boas para amamentar, a ‘boa pega’ e os problemas mais comuns na amamentação, como ingurgitamento mamário, rachaduras nos mamilos e mastite, com orientações sobre prevenção e encaminhamentos necessários.

O Guia orienta que a amamentação deve ser agradável para a mãe e para o bebê, assim como sugerem Teruya, Bueno e Serva (2009), quando descrevem que a mãe deve estar relaxada e confortável e o bebê deve estar calmo.

Em relação à boa pega, o Guia descreve, entre outras orientações, que a boca do bebê deve abocanhar todo o mamilo e a maior parte da aréola, estando com o lábio inferior virado para fora e o queixo do bebê encostado na mama. Essas orientações são confirmadas em publicações do Ministério da Saúde como em Brasil (2015b) e em trabalhos como Teruya, Bueno e Serva (2009). Outros dados confirmados por tais estudos que constam no Guia falam sobre retirar o excesso de leite das mamas ingurgitadas antes de oferecer ao bebê, prevenindo a pega incorreta e, conseqüentemente, problemas como mastite e rachaduras; passar uma ou duas gotas do próprio leite ao redor das aréolas e do mamilo para prevenir rachaduras, sem a necessidade de utilizar outros produtos; amamentar o bebê sempre que este solicitar, respeitando a livre demanda, porém observando se o bebê não está ficando muito tempo sem se alimentar; o mito do leite fraco, reforçando a importância de deixar que o bebê esvazie bem uma mama antes de trocar de seio, pois a composição do leite materno obedece a ordem de descida, iniciando com mais proteína e, ao final da mamada, com mais gordura. Segundo Giugliani (2000) o ‘leite fraco’ e ‘pouco leite’ são queixas comuns durante a amamentação e devem ser investigadas, pois podem ser causados tanto por problemas de técnica e manejo da lactação como por questões externas como álcool, fumo, distúrbios emocionais, restrição dietética importante, entre outros. Portanto, afirmar que leite fraco não existe só deve ser sustentado quando,

após uma avaliação minuciosa demonstrar que a mãe e o bebê apresentam todas as condições adequadas para o processo do aleitamento materno.

Apesar de a sucção ser reflexa, a arte da amamentação é complexa e deve ser ensinada, aprendida e principalmente incentivada, pois vários estudos demonstram que o alto índice de desmame precoce deve-se muito mais a questões externas do que a reais problemas biológicos. Além disso, considerando que o aleitamento materno é uma estratégia de política pública, a valorização e responsabilização não deve estar voltada exclusivamente à mulher sem nenhuma contrapartida. A licença paternidade é uma importante ferramenta de auxílio no aleitamento materno, pois enquanto o pai está em casa em tempo integral é possível que auxilie na organização da rotina para facilitar o momento da amamentação. No Brasil, a licença paternidade de cinco dias é concedida aos homens que trabalham com carteira assinada sob o regime da CLT e servidores públicos. Em março de 2016, no Brasil, foi sancionada a Lei nº 13.257 que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância, alterando as legislações anteriores citadas na publicação (BRASIL, 2016a). Nessa lei foi instituído o Programa Empresa Cidadã, destinado, entre outras questões, a prorrogar por 15 dias a licença-paternidade além dos 5 dias já estabelecidos anteriormente. Entretanto, para que o trabalhador tenha garantido seu direito, deverá requerer no prazo de dois dias úteis após o parto e comprovar participação em programa ou atividade de orientação sobre paternidade responsável. Além disso, somente os trabalhadores sob o regime CLT ou empregado de pessoa jurídica que aderir ao programa terão direito a tal benefício. Em maio de 2016 foi publicado no Diário Oficial da União o decreto nº 8.737 que institui a prorrogação da licença paternidade para servidores públicos regidos pela Lei 8.112/90. Para estes servidores a licença paternidade pode ser prorrogada para 15 dias além dos cinco dias concedidos pelo art. 208 da Lei nº 8.112, de 1990, caso seja solicitada no prazo de dois dias úteis após o nascimento ou a adoção (BRASIL, 2016b). Apesar de ser considerado um avanço no campo das políticas públicas, ainda muitos homens ficam de fora do benefício, pois somente os trabalhadores com carteira assinada ou servidores públicos têm direito ao benefício, enquanto que o grande número de trabalhadores informais continua sem o direito ao benefício. Segundo Kalil e Aguiar (2016), em alguns países como Suécia e Portugal, já existem licenças parentais, o que torna mais justa a divisão das responsabilidades da criação do filho.

Dessa maneira, a princípio, a responsabilização quanto à saúde dos filhos, principalmente no que diz respeito aos 2 primeiros anos de vida, não estaria exclusivamente depositada sobre a mulher, mas dividida entre pai, mãe e o estado.

O CADERNO DO LÍDER DA PASTORAL DA CRIANÇA E A FOLHA DE
ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO MENSAL DAS AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE,

NUTRIÇÃO E EDUCAÇÃO NA COMUNIDADE – FABS.

Esses materiais são utilizados para a coleta dos dados das famílias acompanhadas. Tais instrumentos surgiram como sugestão das próprias líderes no início dos trabalhos da Pastoral da Criança, pois todos os meses eram questionadas sobre os mesmos dados.

O Caderno do Líder da Pastoral da Criança é dividido em quatro partes. A 1ª parte, intitulada 'Folha de acompanhamento da criança e da gestante' é onde a líder anota todos os dados da gestante, criança e família acompanhada, coletando informações referentes à saúde, alimentação e desenvolvimento global da gestação/criança até os 6 anos de idade. Essa parte é composta por um questionário estruturado onde o entrevistado está condicionado às perguntas propostas. Esse questionário consiste num conjunto de perguntas que contém respostas geralmente limitadas a um número de possibilidades excludentes e predeterminadas. Por um lado, esta metodologia favorece a padronização e uniformização dos dados coletados, no entanto podem induzir o respondente a escolher uma das respostas apresentadas (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Nesse item as questões referentes ao aleitamento materno dizem respeito ao tempo de aleitamento materno exclusivo e com que idade a criança começou a receber alguns tipos de alimentos propostos pelo instrumento. Entretanto, não é coletada a informação do motivo que levou a mãe/família a optar pelo desmame, precoce ou não. Os dados coletados pelas líderes deveriam servir para o planejamento de estratégias futuras, entretanto, sem essas informações, as estratégias de incentivo ao aleitamento materno continuam com o direcionamento unilateral, com informações depositadas nas famílias sem responder às reais dificuldades enfrentadas.

Em pesquisa realizada no município de Curitiba-PR por Teter, Oselame e Neves (2015) os principais motivos que levaram ao desmame foram o retorno ao trabalho (18,33%) e por considerarem que tinham pouco leite (18,33%). Segundo Giugliani (2010) os obstáculos para a prática do aleitamento materno incluem vários fatores, dos quais podemos ressaltar a falta de suporte e orientação provenientes de mulheres com experiência em aleitamento materno e o trabalho da mulher. Essa mesma autora resalta que o tipo de ocupação trabalhista da mulher, o número de horas no trabalho, as leis trabalhistas e o suporte ao aleitamento materno no ambiente de trabalho influenciam diretamente a manutenção do aleitamento materno após o retorno ao trabalho. Kalil e Aguiar (2016) afirmam que problematizar a questão do trabalho feminino e das políticas públicas deveria servir como novas estratégias de incentivo à amamentação e apontam as contradições dos discursos contemporâneos pró-aleitamento materno em relação à política de promoção, proteção e apoio à amamentação.

Em relação ao suporte e orientação proveniente de mulheres com experiência em aleitamento materno na comunidade, citado por Giugliani (2010), a Pastoral da Criança mostra-se como uma opção adequada, visto que muitas das líderes comunitárias são mães e possuem experiências pessoais em aleitamento materno.

A 2ª parte é denominada 'Registro do não atendimento de criança ou gestante pelo

serviço de saúde' e deve ser preenchido caso a gestante ou criança tenham apresentado algum motivo para procurar o serviço de saúde. Apesar de não ser um item específico relativo ao aleitamento materno, pode ser utilizado quando a mãe ou o bebê apresentam algum problema referente ao tema e necessitam de atendimento especializado. A líder encaminha ao serviço especializado e aguarda a resposta do atendimento. Caso o atendimento não ocorra, é necessário preencher o motivo alegado para o não atendimento. Esse item pode ser uma ferramenta importante de acompanhamento das dificuldades referentes ao aleitamento materno, visto que em alguns casos, como a mastite, somente o atendimento especializado pode dar o suporte necessário ao binômio mãe/bebê.

A 3ª parte é referente ao 'Registro de mortes de crianças e mortes maternas', não fazendo parte da análise deste trabalho.

A 4ª parte, intitulada 'Resumo dos acompanhamentos em casa mês' é composta por um questionário fechado, o mesmo utilizado na FABS, que será discutido abaixo.

A Folha de Acompanhamento e Avaliação Mensal das Ações Básicas de Saúde, Nutrição e Educação na Comunidade – FABS é o instrumento de compilação dos dados coletados em todas as famílias que cada líder deve repassar à coordenadora local. Esta deve preencher a FABS mensalmente com o total de ações realizadas na sua comunidade. É composto por um questionário estruturado, onde são repassadas à coordenação nacional somente os dados pré-estabelecidos por esta. Nesse instrumento a única questão sobre aleitamento materno é referente ao número de crianças que, no mês, completam 6 meses e destas, quantas estão mamando só no peito.

Os dados coletados com tal instrumento são enviados à coordenação nacional da Pastoral da Criança para que sejam enviados ao Ministério da Saúde. Este encaminha recursos financeiros proporcionais ao número de crianças atendidas em cada região. Tais dados poderiam servir também como estratégia de planejamento para projetos e intervenções realizadas pelas líderes. Nas reuniões realizadas mensalmente pelos ramos da Pastoral esses dados poderiam ser discutidos a nível local para traçar estratégias, entretanto essa conduta fica a cargo da coordenação local que pode optar por realizar tal levantamento ou somente encaminhar os dados à coordenação nacional. Algumas campanhas são realizadas a nível nacional pela Pastoral da Criança, mas observa-se que estão relacionadas mais aos acontecimentos atuais, como atualmente o caso da microcefalia, do que aos acontecimentos locais coletados pelos questionários (FABS). Dessa forma perde-se a oportunidade de levantar a demanda solicitada pelas próprias líderes em suas comunidades para dar prioridade ao trabalho de orientação realizado a nível nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise do material utilizado pela Pastoral da Criança, tanto para orientação como para coleta de dados relacionados ao aleitamento materno, pode-se

destacar o fato destes serem voltados ao conhecimento científico, ainda que sua motivação original fosse em prol de uma organização comunitária e dirigido para a comunidade.

A Pastoral da Criança, enquanto movimento social, atuando em nível local, poderia valer-se da aproximação das pessoas da própria comunidade para aproveitar o seu conhecimento e estratégias de mudanças para planejar ações. Contudo, o que se constata é que o papel singular da líder comunitária não é valorizado. O material utilizado marca uma homogeneização das ações, despersonificando-as e descontextualizando-as da realidade comunitária.

As estratégias utilizadas pela Pastoral da Criança com relação ao aleitamento materno são as mesmas utilizadas pelo Estado, valorizando quase que exclusivamente a questão biológica do leite materno, reforçando a responsabilidade da mulher enquanto fonte do alimento que representa a forma mais eficaz e barata no combate à mortalidade e morbidade infantil. Neste sentido, deixa a entender também que, subjacente às preocupações com a saúde da lactante e seu filho, estão aquelas relacionadas com o controle imbuído nas estratégias de um estado centralizador. Daí porque as padronizações e homogeneizações das cartilhas tomam mais vulto do que as ações locais. Pois, enquanto estas aludem a uma real preocupação com o contexto da lactante, aquelas aludem às tentativas do estado em reduzir custos a médio e longo prazo. Apesar de aparecerem orientações sobre as políticas públicas que as gestantes devem conhecer, fica claro que é preciso muito mais apoio tanto comunitário quanto em termos de políticas públicas, às mulheres que desejam amamentar seu filho exclusivamente até os 6 meses e continuar como complemento até os dois anos de idade. A organização da Pastoral da Criança em grupos pequenos e próximos à comunidade favorece o trabalho de apoio ao aleitamento materno, porém há muito que considerar o papel singular de cada líder e reconhecer seus conhecimentos além do que está posto nos materiais padronizados pela instituição.

REFERÊNCIAS

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 39-52, Feb. 2005.

AKRÉ, J. (Org). *Alimentação Infantil: bases fisiológicas*. São Paulo: Instituto de Saúde, 1994.

ANJOS, G. Maternidade, cuidados do corpo e "civilização" na Pastoral da Criança. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 27-44, Abr. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher - Princípios e Diretrizes*. Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cartilha para a mulher trabalhadora que amamenta /*

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. (BRASIL, 2015a)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015. (BRASIL, 2015b)

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016*. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. 2016. (BRASIL, 2016a)

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Decreto nº 8.737, de 3 de maio de 2016*. Institui o Programa de Prorrogação da Licença-Paternidade para os servidores regidos pela Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. 2016. (BRASIL, 2016b)

COSTA, G.D.; COTTA, R.M.M.; REIS, J.R.; BATISTA, R.S.; GOMES, A.P.; FRANCESCHINI, S.C.C. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Cien Saude Colet*, v. 14, Supl. 1, p. 1347-1357, 2009.

CUNHA, A.J.; LEITE, A.J.; ALMEIDA, I.S. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, n 91, p. 44-51, 2015.

FONSECA, L.M.M.; et al . Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 65-75, Fev. 2004.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. 12ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. (Org.). *Métodos de pesquisa*. Coordenado pela 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.

GIUGLIANI, E.R.J. O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*. Vol. 76, Supl.3, 2000.

_____, E.R.J. Amamentação exclusiva. In: CARVALHO, MR. (Org.) *Amamentação - Bases Científicas*. 3ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2010.

GONÇALVES, C.V.; CESAR, J.A.; SASSI, R.A.M. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*, v. 25, n. 11, p. 2507-2516. 2009.

KALIL, IR, AGUIAR, AC. Trabalho feminino, políticas familiares e discursos pró-

aleitamento materno: avanços e desafios à equidade de gênero. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, no prelo. 2016. Disponível em http://www.saudeemdebate.org.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4099. Acesso em: 16 ago. 2016.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 2000.

PASTORAL DA CRIANÇA. Lições da Pastoral da Criança: entrevista com Zilda Arns Neumann. *Estud. av.*, São Paulo, v. 17, n. 48, p. 63-75, Ago. 2003.

_____. *Guia do Líder da Pastoral da Criança: para países de língua portuguesa*. Curitiba: il.color, 2015.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Cienc Saude Colet.*, v. 12, n. 2, p. 477-486. 2007.

SALIBA, N. A.; et al . Freqüência e variáveis associadas ao aleitamento materno em crianças com até 12 meses de idade no município de Araçatuba, São Paulo, Brazil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 8, n. 4, p. 481-490, dez. 2008.

SILVA, R.M.; et al . Cartografia do cuidado na saúde da gestante. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 635-642, mar. 2012.

TERUYA, K; BUENO, L.G.S.; SERVA, V. Manejo da lactação. In: REGO, J.D. *Aleitamento Materno*. 2º Ed, Atheneu. São Paulo, 2009.

TETER, M.S.H.; OSELAME, G.B.; NEVES, E.B. Amamentação e desmame precoce em lactantes de Curitiba. *Revista Espaço para a Saúde*, Londrina, v. 16, n. 4, p. 55-63, out/dez. 2015.

OS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E DE SAÚDE SÃO INTERVENIENTES NO NÍVEL DE ANSIEDADE DE IDOSOS DA ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE?

Daniel Vicentini de Oliveira¹
Maiza da Silva Oliveira²
Silvana Cardoso de Souza³
José Roberto Andrade do Nascimento Júnior⁴
Carla Thamires Laranjeira Granja⁵
Sônia Maria Marques Gomes Bertolini⁶
Cláudia Regina Cavaglieri⁷

Recebido em: 07 mar. 2018
Aceito em: 03 dez. 2018

RESUMO: O objetivo do presente estudo foi analisar os fatores sociodemográficos e de saúde intervenientes no nível de ansiedade de idosos usuários das unidades básicas de saúde. Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal, realizado com 654 idosos de ambos os sexos, usuários de uma das 12 unidades básicas de saúde selecionadas, localizadas no município de Maringá, Paraná. Foram coletados dados sociodemográficos e de saúde. Foi utilizado o Inventário de Ansiedade Geriátrica e o Questionário internacional de atividade física, em sua versão curta. Os dados foram analisados por meio dos testes Kolmogorov-Smirnov, Kruskal-Wallis, “U” de Mann-Whitney e coeficiente de Spearman. Considerou-se um nível de significância de $p < 0,05$. Verificou-se que os idosos homens ($p=0,001$), com maior poder aquisitivo ($p=0,014$), aposentados ($p=0,001$), com percepção de saúde boa e regular ($p=0,001$), que não utilizam medicamentos ou apenas um a dois ($p=0,001$), e que não possuem histórico de quedas no último semestre ($p=0,001$), são menos ansiosos do que seus pares. Os achados indicaram também que o nível de atividade física possui uma relação fraca e inversamente proporcional com a ansiedade. O presente estudo observou que as variáveis sexo, renda mensal e aposentadoria interferem no nível de ansiedade nos idosos avaliados. Além disso, os idosos que referiram percepção negativa de saúde consumiam mais que dois medicamentos por dia e que relataram ter apresentado pelo menos um episódio de quedas nos últimos seis meses eram mais ansiosos do que seus pares.

Palavras-chave: Atividade motora. Transtornos de ansiedade. Promoção da saúde.

SOCIODEMOGRAPHIC AND HEALTH FACTORS ARE INTERVENTION AT THE LEVEL OF ANXIETY OF ELDERLY PEOPLE OF HEALTH CARE?

ABSTRACT: The objective of the present study was to analyze the sociodemographic

¹ Doutor em Gerontologia – Universidade Estadual de Campinas. d.vicentini@hotmail.com.

² Especialista em exercício físico e reabilitação do idoso – Centro Universitário Metropolitano de Maringá. maizafelipa2000@live.com.

³ Doutoranda em Educação física – Universidade Estadual de Londrina. silvana_uel@hotmail.com.

⁴ Doutor em Educação física – Universidade Federal do Vale do São Francisco. jroberto.jrs01@gmail.com.

⁵ Graduanda em Educação física – Universidade Federal do Vale do São Francisco. thamiresgranja1@gmail.com.

⁶ Doutora em Ciências morfofuncionais – Centro Universitário de Maringá. smmgbertolini@yahoo.com.br.

⁷ Doutora em Ciências – Universidade Estadual de Campinas. cavaglieri@fef.unicamp.br.

and health factors involved in the level of anxiety among the elderly users of basic health units. This is a cross-sectional epidemiological study carried out with 654 elderly men and women, users of one of the 12 basic health units selected, located in the city of Maringá, Paraná. Sociodemographic and health data were collected. The Geriatric Anxiety Inventory and the International Physical Activity Questionnaire were used in their short version. Data were analyzed using the Kolmogorov-Smirnov, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney "U" and Spearman coefficients. A level of significance of $p < 0.05$ was considered. It was verified that elderly men ($p = 0.001$), with higher purchasing power ($p = 0.014$), retired ($p = 0.001$), with good and regular health perception ($p = 0.001$), who did not use medications or only one to two ($p = 0.001$), and who have no history of falls in the last semester ($p = 0.001$), are less anxious than their peers. The findings also indicated that the level of physical activity has a weak relationship and inversely proportional to anxiety. The present study observed that the variables gender, monthly income and retirement interfere in the level of anxiety in the evaluated elderly. In addition, older people who reported negative perceptions of health consumed more than two medications per day and who reported having had at least one episode of falls in the past six months were more anxious than their peers.

Keywords: Motor activity. Anxiety disorders. Health promotion.

INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (2015), em 2050 a população mundial será de aproximadamente 20 bilhões de pessoas idosas. No Brasil, entre 2005 a 2015 a proporção de idosos passou de 9,8% para 14,3% (IBGE, 2016). No entanto, embora esses dados sejam reflexos de importantes avanços tecnológicos e no setor de saúde, propiciam também grandes desafios no campo da saúde pública. Isso porque, ainda que o envelhecimento não seja sinônimo de doenças, a prevalência de diversas enfermidades e agravos enfrentados pela população idosa é bem elevada (OMS, 2014). Nesse sentido, compreender os aspectos que interferem diretamente no processo de saúde-doença constitui uma importante estratégia em termos de saúde no intuito de propiciar um envelhecimento saudável.

Dentre eles, a ansiedade tem sido amplamente estudada pela sua relação direta na saúde (MAGEE, CARMIN, 2010). A ansiedade consiste em um estado emocional de medo ou apreensão gerado pela antecipação de uma circunstância indesejável e que pode repercutir diretamente na condição de saúde do indivíduo (GENTIL, GENTIL, 2012; BRENES et al., 2009). Sua gravidade está relacionada à forma como essa se manifesta e tempo de evolução, podendo ser apenas um sintoma, uma síndrome ou até um transtorno, desencadeando alterações respiratórias, cardiovasculares, depressão, digestivas, além de cefaleias, tonturas, insegurança, nervosismo, insônia e alterações cognitivas (GENTIL, GENTIL, 2012; WOLITZKY-TAYLOR, CASTRIOTTA, LENZE et al., 2010).

Um estudo realizado por Rutledge et al. (2009) observou que sintomas de ansiedade e depressão podem prever problemas cardiovasculares. Brenes et al. (2009) observaram que idosos com transtorno de ansiedade generalizada referiam maior insatisfação com o sono e episódios de insônia quando comparado com seus pares sem

diagnóstico psiquiátrico. Além disso, os autores identificaram maior prevalência de distúrbios do sono nessa faixa etária, quando comparado com indivíduos mais jovens. Além de tais malefícios os transtornos de ansiedade têm sido associados à adoção de comportamentos de risco como o consumo excessivo de álcool e tabagismo (TAYLOR et al., 2014; ZAITUNE et al., 2012).

Diante deste contexto, compreender os fatores intervenientes na ansiedade em idosos pode ser uma importante estratégia em termos de saúde para construção de intervenções mais efetivas. Dessa forma o objetivo do presente estudo foi analisar os fatores sociodemográficos e de saúde intervenientes no nível de ansiedade de idosos usuários das unidades básicas de saúde do município de Maringá, Paraná.

MATERIAL E MÉTODOS

PARTICIPANTES

De acordo com os dados obtidos através da Secretária de Saúde do município de Maringá-PR em 2016, a população alvo foi composta por 42.258 idosos. Para a obtenção do cálculo amostral, foi utilizado o software *StatDisk* versão 8.4. Desse modo, a amostra inicial a ser considerada foi de 595 idosos, e para evitar possíveis perdas, foram adicionados 10% desse valor, sendo a amostra final composta por 654 idosos de ambos os sexos, considerando um nível de confiança de 95% e 4% de margem de erro.

O município de Maringá possui 33 UBS, que foram subdivididas em quatro regiões: a região norte conta com 8 UBS (34,5% da população); a região sul conta com 8 UBS (20,4% da população); a região leste conta com 7 UBS (21,8% da população) e a região oeste, que conta com 8 UBS (23,2% da população). Após isso, para participarem do estudo, foram sorteadas três UBS por região, sendo a amostra composta por idosos que fazem parte de 12 UBS do município de Maringá-PR.

Para inclusão no estudo, foram convidados idosos de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos, com capacidade de fala e audição preservadas, permitindo a aplicação dos instrumentos do estudo. Ainda, o mini exame do estado mental (MEEM) foi utilizado para excluir idosos com déficits cognitivos importantes. O MEEM é composto por questões agrupadas em sete categorias: orientação temporal, orientação espacial, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação das três palavras, linguagem e capacidade viso construtiva (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975). Os pontos de corte foram baseados nos critérios de Brucki et al. (2003), sendo considerado: 17 para os analfabetos; 22 para idosos com escolaridade entre 1 e 4 anos; 24 para os com escolaridade entre 5 e 8 anos e 26 os que tiverem 9 anos ou mais anos de escolaridade. O valor considerado foi a média obtida para cada faixa de escolaridade, menos um desvio padrão. Idosos classificados abaixo do ponto de corte sua escolaridade foram excluídos.

INSTRUMENTOS

Um questionário semiestruturado foi utilizado para verificar o perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos, sendo composto por informações referentes ao sexo (masculino; feminino), faixa etária (60 a 69 anos; 70 a 79 anos; 80 anos ou mais), estado civil (casado; solteiro; divorciado/separado; viúvo), raça (branca; negra; asiática), escolaridade (não estudou; fundamental incompleto; fundamental completo; médio completo; superior), renda mensal (1 a 2 SM; 2,1 a 3 SM; mais de 3 SM), aposentadoria (sim; não), presença de morbidades (nenhuma; 1 ou 2; 3 ou mais/ quais?), auto percepção de saúde (excelente; muito boa; boa; regular; ruim), uso de medicamentos (nenhum; 1 a 2; mais de 2), histórico de quedas nos últimos 6 meses (sim; não).

A versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física- IPAQ (MATSUDO et al., 2001). foi utilizada para avaliar o nível de atividade física dos idosos. O IPAQ é composto por sete questões abertas, que estimam o tempo despendido por semana em diferentes tipos de atividade física (caminhadas e esforços físicos de moderada e vigorosa intensidade) e de inatividade física (posição sentada). O nível de atividade física dos idosos foi considerado através de quatro classificações: sedentário (idosos que não realizaram nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana), irregularmente ativo (idosos que realizam atividade física de forma insuficiente para serem classificados como ativos, pois não cumprem as recomendações quanto à frequência ou duração), ativo (idosos que realizavam pelo menos 3 dias de atividade vigorosa, por no mínimo 20 minutos; ou 5 dias ou mais de atividade moderada ou caminha por no mínimo 30 minutos; ou pelo menos 5 dias e 150 minutos semanais de qualquer tipo de atividade física) ou muito ativo (idosos que realizavam atividades vigorosas por pelo menos 5 dias na semana, sendo 30 minutos por sessão; ou no mínimo 3 dias na semana de atividade vigorosa, no mínimo 20 minutos por sessão, mais atividades moderadas ou caminhada, por no mínimo 5 dias na semana e 30 minutos por sessão). Ainda, o comportamento sedentário foi avaliado através do tempo médio sentado em um dia de semana, e em um dia de final de semana (MATSUDO et al., 2001).

A suspeita de ansiedade foi avaliada por meio do Inventário de Ansiedade Geriátrica (PACHANA et el., 2007). O instrumento é composto por 20 itens, sendo as opções de resposta “concordo” (um ponto) ou “discordo” (zero pontos), referindo-se sempre à última semana. Pontuações acima de 10/11 indicam suspeita de perturbação da ansiedade (MARTINY et al., 2011)

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, descritivo e de corte transversal, realizado com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR) por meio do parecer 1.626.966/2016.

Seguindo as orientações para pesquisa com seres humanos que constam na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, os idosos voluntários foram abordados na própria UBS, pelo pesquisador responsável ou pela equipe de pesquisadores, sendo informados quanto à justificativa, objetivos e procedimentos a serem realizados. Após isso, aqueles que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram submetidos à coleta de dados.

ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio do Software SPSS 22.0. A análise foi realizada mediante uma abordagem de estatística descritiva e inferencial. Foi utilizado frequência e percentual como medidas descritivas para as variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas, inicialmente foi verificada a normalidade dos dados por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. Como os dados não apresentaram distribuição normal, foram utilizadas Mediana (Md) e Quartis (Q1; Q3) para a caracterização dos resultados. Na comparação do nível de ansiedade em função das variáveis sociodemográficas e das condições de saúde, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis e o “U” de Mann-Whitney. A correlação entre a ansiedade e o nível de atividade física foi verificada por meio do coeficiente de Spearman. Considerou-se um nível de significância de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Notou-se a prevalência de idosos do sexo feminino (56,0%), casados (61,3%), com idade entre 60 e 69 anos (59,2%), renda mensal de 1 a 2 salários mínimos (70,0%), da raça branca (81,0%) e aposentados (75,0%). Observou-se também que a maioria dos idosos possui ensino fundamental incompleto (43,0%). Já em relação ao perfil de saúde dos idosos usuários verificou-se que a maioria possui boa percepção de saúde (48,5%), tomam de 1 a 2 medicamentos regularmente (43,9%), não tiveram histórico de quedas (83,7%) ou quase quedas nos últimos seis meses (79,7%) e nível de atividade física ativo/muito ativo (60,7%). Em relação à ansiedade, nota-se que 76,5% dos idosos não apresentaram suspeita de ansiedade.

Ao comparar o nível de ansiedade dos idosos em função das variáveis sociodemográficas (Tabela 1), verificou-se diferença significativa no nível de ansiedade para o sexo ($p = 0,001$), renda mensal ($p = 0,014$) e aposentadoria ($p = 0,001$). Estes resultados indicam que os homens são menos ansiosos do que as mulheres, os idosos que recebem de 1 a 2 SM são mais ansiosos do que os idosos com maior poder aquisitivo, e que os aposentados são menos ansiosos do que os idosos que ainda não possuem aposentadoria.

Tabela 1 – Comparação do nível de ansiedade dos idosos usuários da atenção básica a saúde do município de Maringá, PR em função das variáveis sociodemográficas.

GRUPOS		Ansiedade	p
		Md (Q1;Q3)	
Sexo^a	Masculino	3,0 (0,0; 7,0)	0,001*
	Feminino	4,0 (1,0; 10,0)	
Faixa Etária^b	60 a 69 anos	4,0 (0,0; 9,0)	0,716
	70 a 79 anos	4,0 (1,0; 8,0)	
	80 anos ou mais	3,0 (1,3; 8,8)	
Estado civil^b	Casado	4,0 (0,0; 9,0)	0,393
	Solteiro	4,0 (1,8; 11,3)	
	Divorciado/Separado	4,5 (1,0; 9,0)	
	Viúvo	4,0 (1,0; 8,5)	
Renda Mensal^b	1 a 2 SM	4,0 (1,0; 9,0) †	0,014*
	2,1 a 3 SM	3,0 (0,0; 8,0)	
	Mais de 3 SM	1,5 (0,0; 7,0)	
Aposentadoria^a	Sim	9,0 (3,0; 13,0)	0,001*
	Não	10,0 (5,0; 15,0)	

*Diferença significativa - $p < 0,05$ (Teste "U" de *Mann-Whitney*^a e *Kruskal-Wallis*^b: †1 a 2 SM com 2,1 a 3 SM e Mais de 3 SM.

Ao comparar o nível de ansiedade dos idosos usuários em função das condições de saúde (Tabela 2), verificou-se diferença significativa no nível de ansiedade para a percepção de saúde ($p = 0,001$), uso de medicamentos ($p = 0,001$) e histórico de quedas ($p = 0,001$). Estes resultados indicam que os idosos com percepção de saúde ruim são mais ansiosos do que os idosos com percepção de saúde boa e regular, que os idosos que tomam regularmente mais de 2 medicamentos são mais ansiosos do que os idosos que não tomam nenhum ou de 1 a 2 medicamentos, e que os idosos que tiveram alguma queda nos últimos 6 meses são mais ansiosos do que os idosos que não tiveram quedas. Não houve diferença significativa no nível de ansiedade em função do nível de atividade física ($p = 0,604$).

Tabela 2 – Comparação do nível de ansiedade dos idosos usuários da atenção básica a saúde do município de Maringá, PR em função das condições de saúde.

GRUPOS		Ansiedade	
		Md (Q1;Q3)	P
Percepção de saúde ^b	Boa	3,0 (0,0; 6,0)	0,001*
	Regular	5,0 (1,8; 10,0)	
	Ruim	9,0 (3,0; 15,3) †	
Medicamentos ^b	Nenhum	3,0 (0,0; 6,0)	0,001*
	1 a 2	3,0 (0,0; 8,0)	
	Mais de 2	6,0 (2,0; 11,0) †	
IMC ^b	Baixo peso	4,0 (0,0; 9,0)	0,299
	Peso normal	4,0 (0,0; 8,0)	
	Sobrepeso	4,0 (1,0; 10,0)	
	Obesidade	4,0 (1,0; 10,0)	
Nível de atividade física ^b	Muito ativo/ativo	4,0 (1,0; 9,0)	0,604
	Irregularmente ativo	4,0 (2,0; 9,0)	
	Sedentário	5,0 (1,0; 9,0)	
Quedas nos últimos 6 meses ^a	Sim	7,0 (2,0; 13,0)	0,001*
	Não	4,0 (0,0; 9,0)	

*Diferença significativa - $p < 0,05$ (Teste "U" de Mann-Whitney^a e Kruskal-Wallis^b: †Ruim com Boa e Regular; † Mais de 2 com Nenhum e 1 a 2.

Ao analisar a correlação entre as variáveis de atividade física e a ansiedade (Tabela 3), a ansiedade se correlacionou significativamente ($p < 0,05$) e de forma inversa com os dias de atividade moderada ($r = -0,17$), dias de atividade vigorosa ($r = -0,24$), os minutos de atividade vigorosa por dia ($r = -0,20$) e os minutos de atividade vigorosa por semana ($r = -0,21$). Tais achados indicam que o nível de atividade física possui uma relação inversamente proporcional com a ansiedade, entretanto, tal relação é fraca.

Tabela 3– Correlação entre o nível de atividade física e a ansiedade dos idosos.

VARIÁVEIS	Nível de atividade física									Ansiedade
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Dias de caminhada		0,56*	0,77*	0,23*	0,14*	0,18*	-0,06	-0,08	-0,07	-0,01
2. Min. caminhada p/ dia			0,89*	0,26*	0,31*	0,28*	0,02	0,01	0,01	0,12
3. Min. caminhada p/ sem.				0,26*	0,26*	0,30*	0,02	0,01	0,01	0,08
4. Dias de Atv. Mod.					0,86*	0,93*	0,47*	0,47*	0,47*	-0,17*
5. Min. Atv. Mod. p/ dia						0,94*	0,50*	0,53*	0,53*	-0,09
6. Min. Atv. Mod. p/ sem.							0,51*	0,53*	0,53*	-0,12
7. Dias de ativ. vigorosa								0,98*	0,98*	-0,24*
8. Min. Atv. Vig. p/ dia									0,99*	-0,20*
9. Min. Atv. Vig. p/ sem.										-0,21*
10. Ansiedade										

*Correlação Significativa – $p < 0,05$. Nota: 1. Dias de caminhada; 2. Min. caminhada p/ dia; 3. Min. caminhada p/ sem.; 4. Dias atv moderada; 5. Min. Atv. Mod. p/ dia; 6. Min. Atv. Mod. p/ sem.; 7. Dias de atv. Vigorosa; 8. Min. Atv. vigorosa p/ dia; 9. Min. Atv. Vig. p/ sem.; 10. Ansiedade.

DISCUSSÃO

Dados sociodemográficos interessantes foram apresentados neste estudo, principalmente em relação aos idosos do sexo masculino, usuários da atenção básica a

saúde serem menos ansiosos que os do sexo feminino, assim como os aposentados em relação aos não aposentados. Em relação aos dados de saúde, ficou apontado que os idosos que referiram percepção negativa de saúde, que consumiam mais que dois medicamentos por dia e que relataram ter apresentado pelo menos um episódio de quedas nos últimos seis meses eram mais ansiosos. O ineditismo do estudo está apresentado nas informações referentes a estes fatores, relacionados à variável de ansiedade, em idosos que utilizam a atenção básica de saúde em um município do noroeste paranaense.

A predominância de idosos do sexo feminino observada no presente estudo também é observada por outros estudos e pode estar atrelada ao fato de que as mulheres tendem a utilizar mais os serviços de atenção básica à saúde do que os homens (GOLDBAUMA et al., 2005; OLIVEIRA et al., 2006; VICTOR et al., 2009). Um estudo realizado por Fernandes, Bertoldi e Barros (2009), analisou a utilização dos serviços de saúde em comunidades cobertas pela Estratégia de Saúde da Família em Porto Alegre, RS. Os autores observaram que indivíduos do sexo feminino utilizaram 55% a mais os serviços de atenção primária a saúde em comparação com os do sexo masculino.

Além disso, é importante ressaltar que a variável sexo foi associada a sintomas de ansiedade, demonstrando que as mulheres são mais ansiosas que os homens, como já observado em outro estudo (GAZALLEA et al., 2004). Minghelli et al. (2013) compararam a relação entre os níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. Além de observar que idosos sedentários apresentavam maior probabilidade de vir a desenvolver sintomas de ansiedade e depressão, os autores identificaram maior prevalência dessas enfermidades entre idosos do sexo feminino, tanto no grupo ativo (75%) como no grupo sedentário (51,4%).

A baixa escolaridade e renda também foram associadas a níveis de ansiedade. Essas características foram encontradas em outros estudos, inclusive associadas a sintomas de depressão (OLIVEIRA et al., 2006; MINGHELLI et al., 2013). Rabelo e Neri (2015) analisaram as relações entre a configuração familiar, variáveis sociodemográficas e as condições de saúde física e psicológica de 134 idosos de ambos os sexos em Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil. Foi observado que os idosos do sexo masculino, casados, com mais ano de escolaridade e maior renda, gozavam de melhor interação social e tinham maior apoio emocional.

Os resultados também apontaram que idosos que não possuíam aposentadoria apresentaram maior nível de ansiedade, quando comparado com seus pares. Os sintomas de ansiedade atrelados à aposentadoria podem estar relacionados tanto pelo desejo como pelo receio desse evento. Um estudo qualitativo realizado por Alvarenga, et al. (2009) observou que alguns dos idosos entrevistados relatavam certa preocupação em aposentar-se por conta da redução de sua renda mensal, além do desejo de continuar tendo uma vida feliz e produtiva. Sendo assim, os idosos aspiravam por esse momento.

Outro resultado interessante foi que, embora a prevalência de quedas no presente estudo tenha sido menor do que encontrado na literatura nacional e internacional (DANTAS et al., 2012; PINHO et al., 2012; BEKIBELE, GUREJE 2010; HALIL et al., 2006; SANTOS

et al., 2015), essa variável também foi associada a níveis de ansiedade. Um dos aspectos que podem ter contribuído para baixo índice de quedas foi o nível de atividade física dos usuários avaliados. A prática de atividade física regular contribui na melhora e na manutenção das capacidades físicas que são essenciais para a manutenção da autonomia do idoso e prevenção de quedas (MAZO et al., 2007; YU et al., 2009).

Embora os achados literários posteriores tenham demonstrado os benefícios da prática de atividade física regular na melhora dos níveis de ansiedade (BRUNES, GUDMUNSDOTTIR, AUGESTAD, 2014; CHEIK et al., 2003; STROHLE, 2009), observam-se diferentes metodologias e tipos de intervenções utilizados por esses estudos. Minghelli et al. (2013) compararam a relação entre os níveis de ansiedade e depressão entre 72 idosos ativos, praticante de atividades aeróbicas e sedentários. As autoras observaram que os idosos sedentários apresentaram 38 vezes mais probabilidade de desenvolver sintomas de ansiedade e depressão em comparação com os idosos ativos fisicamente.

Por fim, algumas limitações devem ser consideradas. Primeiramente, a amostra foi composta por idosos de apenas um município, exigindo cuidado em extrapolar os achados para toda a população brasileira. Além disso, é importante ressaltar que tratar-se de um estudo transversal, impedindo a avaliação de relações de causalidade direta entre as variáveis estudadas. Portanto, sugere-se que sejam realizadas pesquisas semelhantes em outros municípios brasileiros com idosos usuários ou não usuários de UBS, a fim de comparações dos resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo observou idosos do sexo feminino, não-aposentados e com menor renda mensal apresentam maiores níveis de ansiedade em relação aos seus pares. Além disso, idosos que relataram a ocorrência de quedas, o uso de medicamentos e uma percepção negativa de saúde também demonstraram maiores níveis de ansiedade.

Dessa forma, é importante que a promoção de atividade física para a população idosa seja cada vez mais intensificada, ao passo que altos níveis de atividade física poderão auxiliar na diminuição do número de medicamentos, na ocorrência de quedas, na melhoria da percepção de saúde, dentre outros fatores, ocasionando uma possível redução dos níveis de ansiedade dessa população. Também é necessário que os profissionais de educação física ajam em conjunto com psicólogos, além de outros profissionais, para que a ansiedade e outras possíveis morbidades sejam tratadas em conjunto, e, portanto, com maior eficácia.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, L. N.; KIYAN, L.; BITENCOURT, B.; WANDERLEY, K. S. Repercussões da

aposentadoria na qualidade de vida do idoso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 796-802, 2009.

BEKIBELE, C. O.; GUREJE, O. Fall incidence in a population of elderly persons in Nigeria. **Gerontology**, v. 56, n. 3, p. 278-281, 2010.

BRENES, G. A.; MILLER, M. E.; STANLEY, M. A.; WILLIAMSON, J. D.; KNUDSON, M.; MCCALL, W. V. Insomnia in older adults with generalized anxiety disorder. **American Journal of Geriatric Psychiatry**, v. 17, p. 465-472, 2009.

BRUCKI, S. M. D.; NITRINI, R.; CARAMELLI, P.; BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H. Sugestões para uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 61, p. 777-781, 2003.

BRUNES, A.; GUDMUNSDOTTIR, S. L.; AUGESTAD, L. B. Gender-specific associations between leisure-time physical activity and symptoms of anxiety: the HUNT study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, v. 50, p. 419-427, 2014.

CHEIK, N.; REIS, I.; HEREDIA, R. A. G.; VENTURA, M. L.; TUFIK, S.; ANTUNES, H. K. M., MELLO, M. T. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 11, n. 3, p. 45-52, 2003.

DANTAS, E. L.; BRITO, G. E. G.; LOBATO, I. A. F. Prevalência de quedas em idosos adscritos à Estratégia de Saúde da Família do município de João Pessoa, Paraíba. **Revista de APS**, v. 15, n.1, p. 67-75, 2012.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLDI, A.D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; MCHUGH, P. R. "MINI-MENTAL STATE" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **Journal of Psychiatric**, v. 12, p. 189-198, 1975.

GAZALLE, F.; LIMA, M. S.; TAVARES, B.; HALLAL, P. Sintomas depressivos e fatores associados em população idosa no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 365-71, 2004.

GENTIL, V.; GENTIL, M. L. F. Os conceitos de ansiedade e a angústia em psiquiatria e psicanálise. In: Hetem, Luiz Alberto B., Graeff, Frederico Guilherme. Transtornos de ansiedade. 2º edição, São Paulo, **Editora atheneu**, 2012.

GOLDBAUM, M.; GIANINI, R. J.; NOVAES, H. M. D.; CÉSAR, C. L. G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 90-99, 2005.

HALIL, M.; ULGER, Z.; CANKURTARAN, M.; SHORBAGI, A.; YAVUZ, B. B.; DEDE, D.; ARIOGUL, S. Falls and the elderly: is there any difference in the developing world? A cross-sectional study from Turkey. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 43, n. 3, p. 351-359, 2006.

IBGE. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. 2016 / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

MAGEE, J.; CARMIN, C. The relationship between sleep and anxiety in older adults. **Current psychiatry reports**, v. 12, n. 1, p. 13-19, 2010.

MARTINY, C.; SILVA, A. C. O.; NARDI, A. E.; PACHANA, N. A. Tradução e adaptação transcultural da versão brasileira do Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI). **Revista Psicologia Clínica**, v. 3, n.1, p. 8-12, 2011.

MATSUDO, S.; ARAÚJO, T.; MATSUDO, V.; ANDRADE, D.; ANDRADE, E.; OLIVEIRA L. C.; BRAGGION, G. Questionário Internacional de atividade física (Ipaq): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001.

MAZO, G. Z.; LIPOSCKI, D. B.; ANANDA, C.; PREVÊ, D. Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 11, n. 6, p. 437-442, 2007.

MINGHELLI, B, TOMÉ B, NUNES C, NEVES A, SIMÕES, C. Comparação dos níveis de ansiedade e depressão entre idosos ativos e sedentários. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 40, n. 2, p. 71-76, 2013.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Tipos de configuração familiar e condições de saúde física e psicológica em idosos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 874-884, 2015.

OLIVEIRA, K. L.; SANTOS, A. A. A.; CRUVINEL, M.; NÉRI, A. L. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 2, p. 351-359, 2006.

Organização Mundial da Saúde. Relatório mundial de saúde e envelhecimento. 2015.

PACHANA, N. A.; BYRNE, G. J.; SIDDLE, H.; KOLOSKI, N.; HARLEY, E.; ARNOLD, E. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. **International Psychogeriatrics**, v. 19, n. 1, p. 103-114, 2007.

PINHO, T. A. M.; SILVA, A. O.; TURA, L. F. R.; MOREIRA, M. A. S. P.; GURGEL, S. N.; SMITH, A. D. A. F.; BEZERRA, V. P. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 12, p. 320-327, 2012.

RUTLEDGE, S. T.; LINKE, S. E.; KRANTZ, D. S.; JOHNSON, D.; BITTNER, V.; EASTWOOD, J.; VIDO, D. A. Comorbid depression and anxiety symptoms as predictors of cardiovascular events: Results from the NHLBI-Sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE). **Psychosomatic Medicine**, v. 71, n. 9, p. 958-64, 2009.

SANTOS, R. K. M.; MACIEL, A. C. C.; BRITTO, H. M. J. S.; LIMA, J. C. C.; SOUZA, T. O. Prevalência e fatores associados ao risco de quedas em idosos adscritos a uma Unidade Básica de Saúde do município de Natal, RN, Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v. 20, n. 12, p. 3753-3762, 2015.

STROHLE, A. Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. **Journal**

Neural Transmission, v. 116, n. 6, p. 77-84, 2009.

TAYLOR, A. E.; FLUHARTY, M. E.; BJØRNGAARD, J. H.; GABRIELSEN, M. E.; SKORPEN, F.; MARIONI, R. E.; LAATIKAINEN, T. Investigating the possible causal association of smoking with depression and anxiety using Mendelian randomisation meta-analysis: the CARTA consortium. **BMJ Open**, v. 4, n. 10, 2014.

VICTOR, J. F.; XIMENES, L. B.; ALMEIDA, P. C.; VASCONCELOS, F. F. Perfil sociodemográfico e clínico de idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde da Família. **Acta paulista de enfermagem**, v. 22, n. 1, p. 49-54, 2009.

WOLITZKY-TAYLOR, K. B.; CASTRIOTTA, N.; LENZE, E. J.; STANLEY, M. A.; CRASKE, M. G. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. **Depression and anxiety**, v. 27, n. 2, p. 190-211, 2010.

Yu, P. L.; Qin, Z. H.; Shi, J.; Zhang, J.; Xin, M. Z.; Wu, Z. L.; Zhen-Qiu, S. U. N. Prevalence and related factors of falls among the elderly in an urban community of Beijing. **Biomedical and Environmental Sciences**, v. 22, n. 3, p. 179-87, 2009.

ZAITUNE, M. P. A.; BARROS, M. B. A.; LIMA, M. G.; CESAR, C. L. G.; GOLDBAUM, M.; ALVES, M. C. G. P. Factors associated with smoking in the elderly: a health survey in São Paulo (ISA-SP). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 583-95, 2012.

INTOXICAÇÃO SUBAGUDA AO MANGANÊS EM RATOS WISTAR ADULTOS: AVALIAÇÃO DE PARÂMETROS OXIDATIVOS NO SNC E DEPOSIÇÃO DO METAL EM DIFERENTES TECIDOS

Maria Victória Branco Flores¹
Tuany Eichwald²
Analu Mantovani³
Viviane Glaser⁴
Carine Raquel Richter Schimitz⁵
Carina Rossoni⁶
Jovani Antônio Steffani⁷
Diego Perinetto⁸
Diego de Carvalho⁹
Aline Pertile Remor¹⁰

Recebido em: 08 mar. 2018
Aceito em: 26 nov. 2018

RESUMO: O Manganês (Mn) é um metal essencial para o organismo. É distribuído no ambiente e utilizado em processos industriais. Apesar de essencial, é neurotóxico à exposições cumulativas, causando uma desordem neurológica, o Manganismo. O estudo avaliou o efeito da administração subaguda de Mn sob a forma de cloreto e acetato de Mn, sobre a função mitocondrial e parâmetros oxidativos no encéfalo, bem como o acúmulo deste metal no encéfalo e tecidos periféricos de ratos adultos. Os ratos receberam 6 mg/kg de Mn i.p. na forma de cloreto ou acetato de Mn, 5 dias/semana por 4 semanas. O grupo controle recebeu solução salina 0,9% pela mesma via de administração e mesmo período. Foi mensurada a concentração de substâncias reativas ao ácido tiobarbitúrico (TBARS) e grupamentos NPSH, a atividade dos complexos I e II da cadeia respiratória no encéfalo e/ou estruturas cerebrais, bem como o peso corporal e a concentração de Mn e Fe no soro, encéfalo, tecido renal e hepático. Foi observada uma diminuição no ganho de peso corporal dos animais que receberam o Mn, um aumento na concentração/depósito de Mn no soro, encéfalo e tecido renal, tanto na forma de cloreto e acetato de Mn, quando comparados

¹ Graduada em Ciências Biológicas pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, UNOESC Joaçaba, SC, mariavictoriabrancoflores@gmail.com.

² Mestre em Biociências e Saúde pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, UNOESC Joaçaba, SC, tuany.e@hotmail.com.

³ Doutora em Ciências do Solo, Professora na Universidade do Oeste de Santa Catarina, UNOESC, Campos Novos, SC, analu.mantovani@unoesc.edu.br.

⁴ Doutora em Neurociências, Professora na Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Curitibaanos, SC, viviglaser@gmail.com.

⁵ Mestranda em Biociências e Saúde pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, UNOESC, Joaçaba, SC. E-mail: cariraquell@gmail.com.

⁶ Doutora em Medicina e Ciências da Saúde, Professora do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, UNOESC Joaçaba, SC, carina.rossoni@unoesc.edu.br.

⁷ Doutor em Ergonomia, Professor do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, UNOESC Joaçaba, SC, jovani.steffani@unoesc.edu.br.

⁸ Mestrando em Biociências e Saúde pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, UNOESC, Joaçaba, SC. E-mail: diperinetto@gmail.com.

⁹ Doutor em Fisiologia Geral, Professor do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, UNOESC Joaçaba, SC, diego.carvalho@unoesc.edu.br.

¹⁰ Doutora em Neurociências, Professora do Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, UNOESC Joaçaba, SC, aline.remor@unoesc.edu.br.

com o grupo controle. Além disso, houve um aumento significativo no conteúdo de NPSH no encéfalo e, embora não significativo, uma tendência de aumento da concentração de TBARS, no grupo que recebeu cloreto de Mn. Ainda, foi verificada uma inibição na atividade do complexo I no estriado dos animais expostos ao cloreto de Mn. Não houve diferença entre os grupos nas atividades do complexo I e II no encéfalo e hipocampo. Em conjunto, os dados indicam que a exposição ao Mn em baixas doses contribui para o desenvolvimento de estresse oxidativo e disfunção mitocondrial no SNC, com aparente predileção de dano ao estriado.

Palavras-chave: Manganês. Exposição subaguda. Parâmetros oxidativos. Função mitocondrial.

MANGANESE SUBACUTE INTOXICATION IN ADULT WISTAR RATS: EVALUATION OF OXIDATIVE PARAMETERS IN CNS AND METAL DEPOSITION IN DIFFERENT TISSUES

ABSTRACT: Mn is an essential metal to the organism. It is distributed in the environment and used in industrial processes. Although essential, it is neurotoxic to cumulative exposures, and can cause a neurological disorder, called Manganism. This study evaluated the effect of subacute Mn as chloride and acetate of Mn administration on mitochondrial function and oxidative parameters in adult rat brain, as well as the accumulation of this metal in the brain and peripheral tissues. The rats received 6 mg/kg of Mn i.p., as Mn chloride or Mn acetate, 5 days/week for 4 weeks. The control group received 0.9% of saline solution in the same way of administration and in the same period. It was measured the concentration of thiobarbituric acid reactive substances (TBARS) and NPSH groups, the activity of mitochondrial complex I and II in brain and/or in the brain structures, as well as the body weight and the concentration of Mn and Fe accumulation. It was observed a decrease on body weight gain in animals exposed to Mn and an increase of concentration/deposit of Mn in serum, brain and kidney, in the both Mn chloride and acetate form when compared to the control group. In addition, there was a significant increase in brain NPSH content and, although it was not significant, a trend of increasing on TBARS concentration in the group that received Mn. Besides that, a significant inhibition of complex I activity was observed in the striatum of the animals exposed to Mn. There was not difference between groups on complex I and II in the brain and hippocampus. Together, these data indicate that exposure to Mn at low doses contributes to the development of oxidative stress and mitochondrial dysfunction in the CNS, with apparent predilection of striatum damage.

Keywords: Manganese. Subacute exposure. Oxidative parameters. Mitochondrial function.

INTRODUÇÃO

O Manganês (Mn) é um metal abundante na crosta terrestre e normalmente é encontrado no ar, na água, no solo, nas rochas e também nos alimentos como cereais, sementes, feijões, nozes, chás, frutos do mar, chocolates, especiarias, frutas, vegetais e

grãos em geral. É também muito utilizado na confecção de produtos e na indústria da mineração, do aço, ligas de alumínio, dentre outras (WILLIAMS et al., 2012).

Participa de processos fisiológicos importantes no organismo (WILLIAMS et al., 2012), é essencial para a fisiologia do cérebro e possui papel de cofator em processos enzimáticos, pois algumas enzimas importantes como a arginase, glutamina sintase, superóxido dismutase (SOD) e a piruvato carboxilase são dependentes de Mn (BOWMAN et al., 2011; SIDORYK-WEGRZYNOWICZ; ASCHNER, 2013).

Os mecanismos de absorção do Mn ainda são bastante controversos, mas sabe-se que ao ser ingerido, o Mn é absorvido nos enterócitos do intestino sob a forma divalente (Mn^{2+}) (LEBLONDEL; ALLAIN, 1999) e entra nas células na forma de cátion Mn^{2+} , por difusão passiva ou pelo transporte ativo, através do transportador de metais divalente 1 (DMT1), transporte que usa o gradiente de prótons para translocar metais pela membrana celular (BELL; KEEN; LÖNNERDAL, 1989; GARRICK et al., 2003).

Após entrada na circulação sanguínea, o Mn^{2+} é, em maior parte, oxidado a Mn trivalente (Mn^{3+}) e transportado pela transferrina (Tf), aos demais tecidos do organismo (ASCHNER; GANNON, 1994; TAKEDA; SAWASHITA; OKADA, 1995). É distribuído do plasma para os tecidos de forma rápida e o fígado, o pâncreas, os ossos, os rins e o cérebro são os tecidos que retêm a maior quantidade de Mn, pois requerem maior necessidade de energia e possuem grande quantidade de mitocôndrias (ASCHNER; ASCHNER, 2005). O Mn^{3+} é mais oxidante que o Mn^{2+} , desta forma, o Mn^{3+} transportado pela Tf possui um alto potencial oxidativo, é depositado dentro das células, e em excesso é tóxico e pode causar estresse oxidativo (EO) (GUNTER et al., 2013). Também pode ser inalado e essa via é considerada mais eficiente, mais rápida e com maior potencial de transferência de Mn, principalmente para o cérebro (ROTH, 2006). Neste caso, DMT1 auxilia no transporte do Mn pelo sistema respiratório (THOMPSON et al., 2007) e capta o Mn do pulmão (HEILIG et al., 2005). Atualmente, além do DMT1, sabe-se que existem outros transportadores e/ou translocadores envolvidos no influxo de Mn para o interior das células (CHEN et al., 2015).

Como o Mn e o ferro (Fe) partilham dos mesmos mecanismos de absorção e distribuição, a absorção do Mn está relacionada com a do Fe. Estes metais competem entre si por transportadores presentes no organismo, e apresentam uma relação inversa entre a quantidade de Fe e a absorção do Mn. Quando os níveis de Fe do organismo estão diminuídos, a quantidade de transportadores de membrana é aumentada (GUNSHIN et al., 1997), ocorrendo assim uma maior absorção e acumulação do Mn (FITSANAKIS et al., 2011; SMITH et al., 2013).

A exposição ocupacional é uma das principais causas de intoxicação humana ao Mn. No meio ambiente, tanto na água quanto nos alimentos, há elevados níveis de Mn, favorecendo um alto risco de contaminação para a população em geral (OULHOTE et al., 2014). Assim, exposições a elevadas quantidades de Mn podem levar a uma doença neurotóxica conhecida por Manganismo, doença que compartilha de vários sintomas com a doença de Parkinson (DP), como deficiências motoras, cognitivas e emocionais (HORNING et al., 2015; KWAKYE et al., 2015; ASCHNER et al., 2007; ROTH, 2006), porém

os mecanismos envolvidos parecem ser distintos.

O Manganismo é causado por lesões neuronais em regiões corticais e subcorticais do cérebro, os gânglios da base (HERRERO HERNANDEZ et al., 2006) e é morfológicamente caracterizada pela perda neuronal no globo pálido, substância negra e estriado (OLANOW, 2004). As características clínicas são caracterizadas como disfunção cognitiva, distúrbios comportamentais como de humor e psicose (LÜCKING et al., 2000). Os sintomas apresentados no início da doença compreendem perda de memória, cefaleia, palpitações, tremor nas mãos, dormência nos braços e pernas. Além destes sintomas, os casos mais graves podem apresentar dificuldades como tremor na escrita, em desenhar círculos, morder a língua enquanto fala, entre outros sintomas (JIANG et al., 2006).

Por outro lado, a DP é caracterizada, principalmente, pela degeneração dos neurônios dopaminérgicos na substância negra parte compacta do estriado. E as características clínicas mais comuns são manifestações neurocomportamentais, psicose, tremor postural, alteração da marcha e do equilíbrio, sinais piramidais e rápida progressão (JANKOVIC, 2005).

Diversos estudos apontam como uma das causas das doenças neurodegenerativas, a geração de radicais livres e a predisposição ao EO (HUANG; ONG; CONNOR, 2004). As células neuronais são mais suscetíveis ao EO em comparação aos outros tecidos do organismo (UTTARA et al., 2009), pois o cérebro no seu metabolismo possui um elevado consumo de glicose e oxigênio, desta maneira se expõe aos radicais livres (NAVARRO-YEPES et al., 2014), e quando comparado ao restante dos tecidos do corpo, ele é mais sensível por possuir uma menor defesa antioxidante (SAEIDNIA; ABDOLLAHI, 2013). Além disso, a sobrecarga de metal no cérebro pode ser uma forte fonte causadora de EO (UTTARA et al., 2009).

O EO é desencadeado a partir do aumento da geração das espécies reativas de oxigênio (EROs) (SAEIDNIA; ABDOLLAHI, 2013), as quais são originadas, principalmente, através do oxigênio molecular que é o aceptor final de elétrons da cadeia respiratória (AON et al., 2012).

Como consequência, o EO (CAROCHO; FERREIRA, 2013) pode contribuir com a peroxidação dos lipídeos de membrana, oxidação de receptores hormonais e enzimas, inativação da atividade de enzimas, e a uma série de lesões celulares, culminando para a morte celular (LEONARDUZZI; SOTTERO; POLI, 2010; MAGDER, 2006).

Estudos demonstraram que, quando em excesso, a mitocôndria armazena o Mn intracelularmente (COTZIAS, 1958), resultando na inibição da fosforilação oxidativa (GAVIN; GUNTER; GUNTER, 1992). Em estudos utilizando ratos adultos, foi verificado que a administração crônica de Mn inibe diretamente o complexo II (SINGH et al., 1974) e os complexos I-IV da cadeia respiratória no encéfalo (ZHANG; ZHOU; FU, 2003), o que poderia causar aumento na produção de EROs, contribuindo para a disfunção mitocondrial e apoptose dos neurônios (CHUN; LEE; SON, 2001; ZWINGMANN; LEIBFRITZ; HAZELL, 2003).

Conforme o exposto, ainda pouco se sabe sobre os mecanismos envolvidos na toxicidade causada pelo Mn, embora estas alterações mencionadas foram observadas em modelos de intoxicação crônica em ratos adultos e em modelos experimentais com ratos neonatos. Desta forma, este estudo objetivou avaliar o efeito da administração intraperitoneal de Mn, de forma subaguda, em baixa dose, por longo período de exposição, sobre respostas de EO, função mitocondrial no encéfalo e em estruturas cerebrais e o perfil de deposição de Mn e Fe em tecidos de ratos Wistar adultos.

MATERIAL E MÉTODOS

Animais: Foram utilizados ratos Wistar machos adultos com 60 dias de vida pesando entre 250-350g, com aprovação do CEUA/UNOESC sob o protocolo número 45/2016. Os animais foram mantidos por 15 dias para aclimatização em gaiolas de plástico comunitárias alocadas num ambiente com temperatura controlada a $22\pm 1^{\circ}\text{C}$, em ciclo de iluminação de 12 horas claro/escuro e livre acesso à água e a ração. Durante todos os procedimentos foram seguidos os princípios básicos do uso de animais em toxicologia (adotados pela Sociedade de Toxicologia em Julho de 1989), minimizando o número de animais, bem como seu sofrimento. Os animais foram divididos em três grupos experimentais, sendo eles: 1) Grupo controle que recebeu administração salina 0,9% intraperitonealmente; 2) Grupo Cloreto de Manganês que recebeu 6 mg/kg de Mn sob a forma de cloreto de Manganês (MnCl_2) e o 3) Grupo Acetato de Manganês que recebeu 6 mg/kg de Mn sob a forma de acetato de manganês $\text{Mn}(\text{CH}_3\text{COO})_2$.

Indução do modelo de toxicidade subaguda ao Mn: Cada grupo recebeu uma administração diária, intraperitonealmente, de cloreto de Mn ou de acetato de Mn na dose de 6mg/kg (dose baixa), durante 5 dias por semana, por 4 semanas consecutivas, a fim de ser observado a intoxicação subaguda. Os animais do grupo controle receberam o mesmo volume de solução salina estéril 0,9% (O'NEAL et al., 2014).

Preparação das amostras para análise: Após 30 dias de administração ao Mn, os animais foram anestesiados em ambiente adequado (capela) com uma mistura de cetamina 80mg/kg e xilasina 12mg/kg e procedeu-se a eutanásia por decapitação. O encéfalo foi rapidamente dissecado e as estruturas cerebrais, hipocampo e estriado foram separadas. Além disso, foram dissecados tecidos periféricos, como tecido renal e fígado, a fim de quantificar o metal depositado. Os tecidos foram mantidos homogeneizados em tampão adequado para posterior análise.

Determinação da atividade dos complexos da cadeia respiratória mitocondrial: A atividade do complexo I da cadeia respiratória mitocondrial foi mensurada através da redução do ferricianeto dependente de NADH em um comprimento de onda de 420 nm, como previamente descrito por Cassina e Radi (1996) A atividade do complexo II foi mensurada através da oxidação do DCIP em 600 nm, de acordo com Fischer e colaboradores (1985). As atividades dos complexos da cadeia respiratória foram

mensuradas utilizando-se o leitor de placas SpectraMax M5, com temperatura controlada e calculadas como $\mu\text{mol} \cdot \text{min}^{-1} \cdot \text{mg}$ de proteína.

Mensuração de parâmetros oxidativos: A mensuração de TBARS (também conhecido como uma medida de peroxidação lipídica) foi determinada em uma reação contendo ácido tiobarbitúrico na presença de calor, conforme descrito por Esterbauer e Cheesman (1990). Após incubação à 100°C, a absorbância da cor formada foi determinada a 532 nm. Os resultados foram expressos em $\eta\text{mol}/\text{mg}$ de proteína. Os grupamentos tióis não proteicos (NPSH), representados pela glutathiona (90%), foram determinados conforme descrito por Ellman (1959). Uma alíquota de ácido tricloroacético 20% foi adicionada a uma alíquota de mesmo volume de amostra e centrifugados a 10.000 x g, durante 10 min, a 4°C. Após, uma alíquota do sobrenadante foi diluída em 800 mM de tampão fosfato de sódio, pH 7,4 e adicionado 500 μM de DTNB (5,5'-ditio bis-2-ácido nitrobenzóico). A absorbância da cor formada foi determinada a 412 nm após 10 minutos. Os resultados foram expressos em $\eta\text{mol}/\text{mg}$ de proteína.

Avaliação da concentração de Mn e Fe por espectrometria de absorção atômica: 100 mg de tecido foram utilizados para determinar a concentração de Mn e Fe, através da espectrometria de absorção atômica de acordo com Fitsanakis e colaboradores (2008) com algumas modificações. Para isto, o tecido foi digerido em 1,5mL de uma mistura de ácidos contendo 1,2 mL de ácido nítrico 65% e 300 μL de ácido perclórico por 24 horas à temperatura ambiente. Após, as amostras permaneceram em banho ultrassônico à 70°C por 3 horas. A esta solução obtida, foi adicionado 3,5mL de ácido perclórico 1% e posteriormente filtrada em membrana com poro de 0,22 μm . Em todas as determinações, foram utilizadas curvas padrões para o cálculo da concentração.

Determinação de proteínas: O conteúdo de proteínas foi determinado de acordo com o método de Lowry e colaboradores (1951), utilizando albumina bovina sérica como padrão.

Análise estatística: Os resultados foram expressos como média \pm erro padrão da média, e analisados por ANOVA para medidas repetidas e ANOVA de uma via ou Teste *t* de Student para amostras independentes de acordo com cada desenho experimental, utilizando-se o software Graph Pad Prism® versão 5.00.

RESULTADOS

A Figura 1 mostra o ganho de peso corporal de ratos Wistar adultos de 60 dias de vida, que receberam um administração diária de Mn na forma de cloreto de Manganês (MnCl_2) ou acetato de Manganês ($\text{Mn}(\text{CH}_3\text{COO})_2$) ao longo das 4 semanas de tratamento (intoxicação subaguda). Pode ser observado que houve uma diminuição significativa no ganho de peso corporal dos animais que receberam tanto cloreto quanto acetato de manganês quando comparados com o grupo controle ao longo do tratamento (diferença entre os grupos [$F_{(2,15)}=2,2767$; $P=0,1369$], entre as semanas de tratamento [$F_{(3,45)}=6,8999$;

$P < 0,001$] e interação entre os grupos e a semanas de tratamento [$F_{(3,45)}=97,289$; $P < 0,001$]).

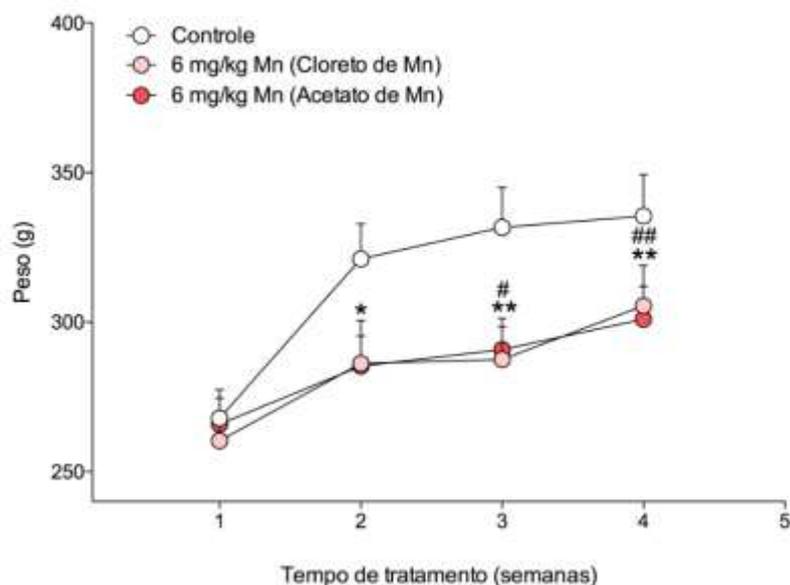


Figura 1. Efeito da administração subaguda de cloreto e acetato de manganês sobre o ganho de peso corporal em ratos Wistar (machos, 60 dias, 250-350g). Os dados representam a média \pm erro padrão da média ($n=6$ animais por grupo) * $P < 0,05$; ** $P < 0,01$ quando comparado o grupo Cloreto de Mn com o grupo controle e # $P < 0,05$; ## $P < 0,05$ quando comparado o grupo Acetato de Mn com o grupo controle (ANOVA para medidas repetidas seguida de teste *post-hoc* de Tukey).

A Figura 2 representa a concentração/acúmulo de Mn avaliada por espectrometria de absorção atômica no soro (Figura 2A), encéfalo (Figura 2B), tecido hepático (Figura 2C) e tecido renal (Figura 2D) dos ratos Wistar machos adultos após exposição subaguda de Mn sob a forma de Cloreto e Acetato de Mn. Pode ser observado na figura que houve um aumento significativo na concentração deste metal no soro [$F_{(2,13)}=29,82$; $P < 0,001$], quando administrado sob a forma de acetato de Mn quando comparado com os outros grupos. Também houve um aumento significativo deste metal no encéfalo [$F_{(2,9)}=18,49$; $P < 0,001$] e no tecido renal [$F_{(2,12)}=47,94$; $P < 0,001$], tanto na forma de cloreto como acetato de Mn, quando comparados com o grupo controle.

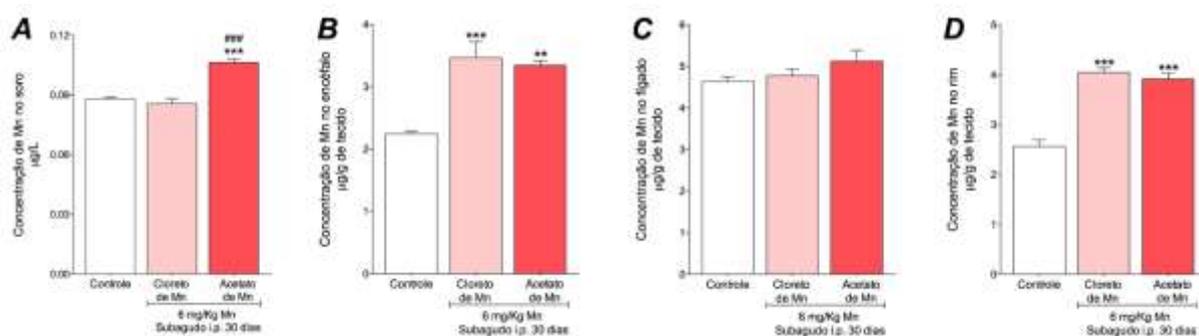


Figura 2. Efeito da administração subaguda de cloreto e acetato de manganês sobre a concentração/acúmulo de Mn no soro (A), encéfalo (B), fígado (C) e rim (D) de ratos Wistar (machos, 60 dias, 250-350g). Os dados representam a média \pm erro padrão da média ($n=4$ a 5 animais por grupo) *** $P < 0,001$ quando comparado com o grupo controle e #### $P < 0,001$ quando comparado com o grupo Cloreto de Mn (ANOVA de uma via seguida de teste *post-hoc* de Tukey).

A Figura 3 mostra a concentração de Fe avaliada por espectrometria de absorção atômica no soro (Figura 3A), encéfalo (Figura 3B), tecido hepático (Figura 3C) e tecido renal (Figura 3D) dos ratos Wistar machos adultos após exposição subaguda de Mn sob a forma de cloreto e acetato de Mn. Pode ser observado na figura que não houve diferença significativa entre os grupos em todos os tecidos avaliados.

A Figura 4 mostra o efeito da administração subaguda de Mn sob a forma de cloreto e acetato de Mn sobre parâmetros de estresse oxidativo em encéfalo de ratos. Pode ser observado que o tratamento com cloreto de Mn causou uma tendência ao aumento na concentração de TBARS (Figura 4A) em relação ao grupo controle, porém este aumento não foi significativo.

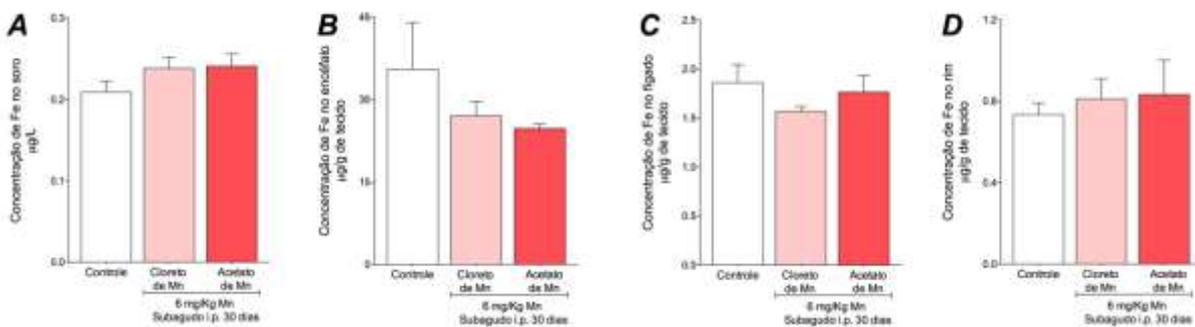


Figura 3. Efeito da administração subaguda de cloreto e acetato de manganês sobre a concentração de Fe no soro (A), encéfalo (B), fígado (C) e rim (D) de ratos Wistar (machos, 60 dias, 250-350g). Os dados representam a média ± erro padrão da média (n=4 a 5 animais por grupo) (ANOVA de uma via).

Houve diminuição significativa de TBARS no encéfalo dos ratos que receberam acetato de Mn quando comparados com o grupo que recebeu cloreto de Mn [$F_{(2,13)}=7,002$; $P<0,01$]. Por outro lado, a administração subaguda do cloreto de Mn, favoreceu a um aumento significativo no conteúdo de NPSH (Figura 4B), indicando um aumento nas concentrações de grupamentos tiólicos no encéfalo dos ratos [$F_{(2,12)}=5,063$; $P<0,05$]. Este aumento pode indicar um mecanismo compensatório para combater a peroxidação lipídica.

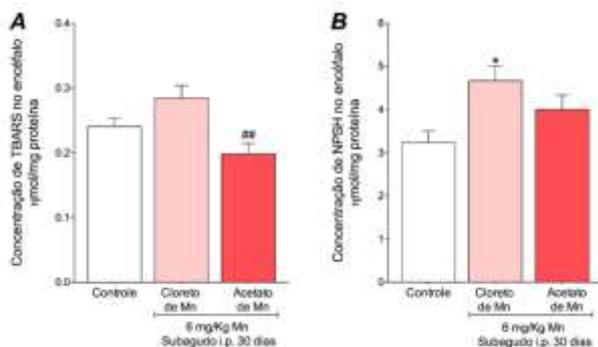


Figura 4. Efeito da administração subaguda de cloreto e acetato de manganês sobre o conteúdo de TBARS (A) e de NPSH (B) em encéfalo de ratos Wistar (machos, 60 dias, 250-300g). Os dados representam a média ± erro padrão da média (n=5 animais por grupo) * $P<0,05$ comparados com o grupo MnCl₂ (ANOVA de uma via seguida de teste *post-hoc* de Tukey).

De acordo com a figura 5, pode ser observado que houve uma inibição estatisticamente significativa na atividade do complexo I no estriado [$t_{(4)}=2,345$; $P<0,05$] (Figura 5B) nos ratos expostos ao Mn através do cloreto de Mn, a qual foi detectada através de análise estatística realizada pelo teste t de Student para amostras independentes. Embora haja uma tendência a diminuição, nos demais tecidos, encéfalo (Figura 5A) e no hipocampo (5C), este efeito não foi observado em nenhum dos dois tratamentos.

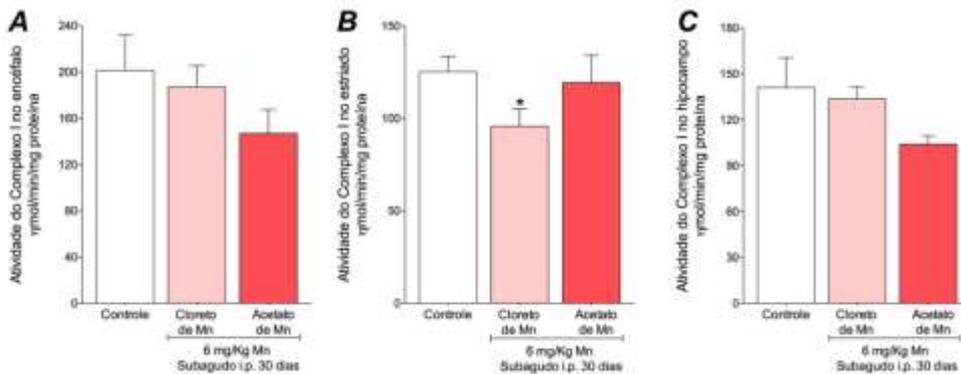


Figura 5. Efeito da administração subaguda de cloreto e acetato de manganês sobre a atividade do complexo I da cadeia respiratória em encéfalo (A) e nas estruturas cerebrais estriado (B) e hipocampo (C) de ratos Wistar (machos, 60 dias, 250-300g). Os dados representam a média \pm erro padrão da média (n=3 e 4 animais por grupo) * $P<0,05$ quando comparado com o grupo controle (ANOVA de uma via; teste t de Student para amostras independentes).

Do mesmo modo, a Figura 6 mostra que, embora haja uma tendência à diminuição na atividade do complexo II da cadeia respiratória mitocondrial em todos os tecidos, não houve diferença significativa entre os grupos analisados. Este fato observado na atividade tanto do complexo I como do complexo II poderia ser explicado devido ao baixo número de animais utilizados nestas mensurações.

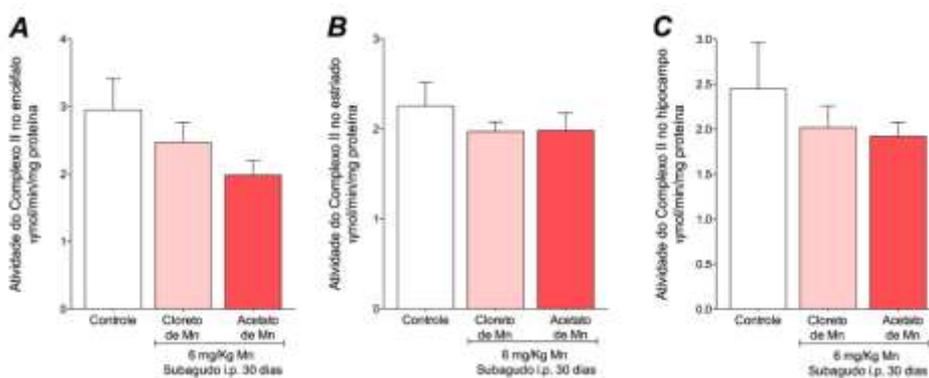


Figura 6. Efeito da administração subaguda de cloreto e acetato de manganês sobre a atividade do complexo II da cadeia respiratória mitocondrial em encéfalo (A) e nas estruturas cerebrais estriado (B) e hipocampo (C) de ratos Wistar (machos, 60 dias, 250-300g). Os dados representam a média \pm erro padrão da média (n=3 e 4 animais por grupo) (ANOVA de uma via; teste t de Student).

DISCUSSÃO

Ainda que os efeitos e sintomas da exposição crônica e/ou em baixas doses ao Mn à população em geral permanecem desconhecidos, estes representam um importante problema de saúde pública, pois afetam trabalhadores através da exposição ocupacional e a população em geral que convive no entorno das regiões foco, como indústrias e outras atividades afetadas. Este estudo utilizou um modelo experimental de intoxicação subaguda de Mn em ratos Wistar machos adultos e demonstrou que a administração intraperitoneal de Mn sob a forma de cloreto de manganês ($MnCl_2$) e acetato de manganês $Mn(CH_3COO)_2$, diminuiu significativamente o ganho de peso corporal dos animais ao longo do tratamento, favoreceu ao acúmulo deste metal de maneira significativa no soro, encéfalo e no tecido renal e contribuiu para o desenvolvimento de EO e disfunção mitocondrial no SNC, com aparente predileção de dano ao estriado.

Mais precisamente, foi observado que a exposição subaguda ou em baixa dosagem por um curto período de tempo (30 dias) ao Mn diminuiu significativamente o ganho de peso corporal dos ratos em relação ao grupo controle. Não foram observadas evidências de peritonite ou toxicidade abdominal evidente, sugerindo que o efeito observado não foi devido a problemas com as doses e/ou administração, mas sim pelo efeito do Mn. Em estudo realizado por Fitsanakis e colaboradores (2008), onde ratos receberam tratamento com injeções intravenosas de baixa dose de Mn por 14 semanas, também foi observado diferença entre o ganho de peso corporal dos grupos tratados em relação ao grupo controle, e o perfil do consumo de ingesta alimentar foi o mesmo entre todos os grupos. Além disso, segundo Cannon e colaboradores (2013) a perda de peso está comumente associada em modelos animais de (DP). Ainda que os animais expostos ao Mn tenham demonstrado significativa diminuição do ganho de peso corporal em relação ao grupo controle, foi observado que todos os grupos do estudo ganharam peso ao longo do tratamento.

Após a absorção do Mn, o fígado é o primeiro órgão alvo e é considerado um reservatório de Mn, o qual pode concentrar até 1,5 mg/Kg no fígado humano ou 3 mg/Kg no fígado de suínos (NISCHWITZ; MICHALKE; KETTRUP, 2003). Assim, segundo Crossgrove e Zheng (2004), o fígado é considerado crítico na manutenção da homeostase do Mn, o qual remove o Mn do sangue através da excreção biliar. Desta forma, a exposição crônica a este metal resulta em um aumento da liberação de Mn pelo fígado, causando aumento do transporte para outros órgãos (HUANG et al., 1989). No presente estudo, o qual consiste na intoxicação subaguda, não foi encontrado aumento significativo na deposição de Mn, sob forma de cloreto ou acetato, no fígado em relação ao grupo controle. Em controvérsia, em estudo realizado por Huang e colaboradores (2011), ratos Sprague-Dawley que receberam administração intraperitoneal (i.p.) de 6mg de Mn/Kg por um período de 30 e 90 dias apresentaram aumento significativo na concentração hepática de 1,5 e 2,5 vezes, respectivamente, demonstrando que pode haver diferenças entre linhagens de ratos. Por outro lado, em nosso estudo a administração subaguda deste metal acumulou de forma significativa no SNC e no tecido renal sob forma de cloreto e de acetato quando comparado com o grupo controle. De acordo com O'neal e colaboradores (2014), esta

mesma dose de Mn proporcionou deposição aumentada, principalmente, em duas regiões do encéfalo, no estriado e no hipocampo dos ratos Sprague-Dawley adultos que participaram do estudo.

O transporte do Mn através da circulação sanguínea é realizado, principalmente, pela Tf aos demais tecidos do organismo (ASCHNER; GANNON, 1994; TAKEDA; SAWASHITA; OKADA, 1995). Após, a entrada deste metal nas células alvo pode ocorrer por diversas formas, incluindo pelo transportador DMT1, também conhecido como transportador de cátions divalentes, muito expresso na barreira hematoencefálica, o qual favorece o influxo tanto de íons Mn como de íons Fe na valência 2⁺, bem como para outros metais divalentes (ASCHNER; GANNON, 1994). Desta forma, em roedores, a deficiência de Fe está intimamente associada ao aumento da absorção de Mn nos tecidos alvo, principalmente no encéfalo, por competirem pelo mesmo mecanismo de entrada na célula (FITSANAKIS et al., 2008; FREELAND-GRAVES; LIN, 1991; GARCIA et al., 2007). No presente estudo, era esperado observar uma diminuição na concentração de Fe no grupo exposto ao Mn, devido ao aumento da deposição de Mn observada no encéfalo e tecido renal. Porém, não foi observada diferença significativa na concentração de Fe entre os grupos analisados, embora haja uma tendência a uma menor concentração de Fe nestes tecidos. Possivelmente, pois além do DMT1 que é o principal transportador de Mn sob forma Mn²⁺ e da Tf que é o principal transportador sob forma Mn³⁺, estudos mostraram que existem vários outros transportadores como os transportadores de zinco ZIP8 e ZIP14, transportador de dopamina (DAT), canais de Cálcio, transportadores de colina e transportadores de citrato, que não são específicos de Mn, mas que fazem o carreamento dele para o interior na célula. Ainda, o Mn utiliza transportadores de efluxo, como a ATPase 13A2, o SLC30A10, a ferroportina e o SPCA1, para que ocorra a homeostase de sua concentração citoplasmática, sugerindo, finalmente, que ele possa estar utilizando estas outras proteínas transportadoras e não competindo com a Tf (CHEN et al., 2015).

Diversos são os mecanismos envolvidos na toxicidade causada pelo Mn, incluindo o EO e a disfunção mitocondrial com depleção de ATP, indução de EROs com consequente morte celular por apoptose e/ou mecanismos de necrose (BOWMAN et al., 2011). Contudo, estudos *in vitro* e *in vivo* vêm, por outro lado, confirmando o efeito pró-oxidativo deste metal em modelos de exposição crônica (ALI et al., 1995; JIAO et al., 2008; ZHANG; FU; ZHOU, 2004). Neste sentido, o Mn é um cofator obrigatório para o funcionamento de diversas enzimas, incluindo a enzima antioxidante SOD, a qual atua como *scavenger* de radicais livres, incluindo o H₂O₂ (HUSSAIN; ALI, 1999).

Durante o processo de intoxicação por Mn, o Mn²⁺ pode ser convertido para a forma Mn³⁺ que é a forma biologicamente ativa em mamíferos e adquire maior capacidade quelante nos sistemas biológicos. Nesta conversão, o Mn²⁺ pode gerar tanto o radical hidroxil (•OH) quanto o radical superóxido (•O₂⁻) a partir de H₂O₂, de acordo com a seguinte equação: Mn²⁺ + O₂ → Mn³⁺ + •O₂⁻ e Mn²⁺ + H₂O₂ → Mn³⁺ + OH⁻ + •OH. Estes dois radicais formados podem danificar o DNA (GERBER; LÉONARD; HANTSON, 2002) e também causar peroxidação dos lipídeos de membrana, acarretando alteração química e

física na organização celular das membranas levando ao comprometimento de sua função. Além disso, os produtos da peroxidação dos lipídeos de membrana podem produzir diversos efeitos danosos, de forma direta, reagindo com proteínas, enzimas e ácidos nucleicos, bem como de forma indireta, através da ativação de vias de sinalização mediada por receptores (FORMAN et al., 2008; POLI et al., 2008). Por outro lado, a glutathiona (GSH) é um tripeptídeo formado pelos aminoácidos glutamato, cisteína e glicina e é um cofator obrigatório para o funcionamento da enzima glutathiona peroxidase (GPx), enzima antioxidante chave na proteção do organismo contra o dano oxidativo.

O acúmulo de Mn no encéfalo, observado neste estudo causou um aumento significativo na concentração de grupamentos tiólicos não proteicos, que representam a forma reduzida e funcional da molécula antioxidante GSH (ANDERSON; MEISTER, 1983). Em contrapartida, foi observado uma tendência, embora não significativa, de aumento de LPO. De acordo com Zhang e colaboradores (2008), em seus estudos utilizando modelos *in vitro* de intoxicação, foi observado o inverso, altos níveis de peroxidação dos lipídeos de membrana e baixos níveis de GSH devido a oxidação dos grupamentos tiólicos, assim como em estudos desenvolvidos por Desole e colaboradores (1995), onde ratos idosos e jovens expostos a ingestão forçada de Mn, apresentaram redução de GSH no estriado. No presente modelo, embora tenha havido aumento de deposição de Mn no encéfalo, o aumento de GSH encontrado em nosso estudo parece ser um mecanismo de adaptação ou de compensação ao EO, visto que o principal diferencial do modelo experimental é a dose subaguda, a qual pode mimetizar uma intoxicação ocupacional precoce, onde os danos centrais nos indivíduos acometidos parecem não ser aparentes ou evidentes.

A mitocôndria tem demonstrado ter um papel central na etiologia tanto da DP como do Manganismo, principalmente devido as seguintes hipóteses: I) as mitocôndrias dos neurônios dopaminérgicos parecem ser seletivamente vulneráveis à toxinas que causam disfunção mitocondrial; II) neurônios presentes na substância negra produzem toxinas endógenas mitocondriais e/ou III) as mitocôndrias da substância negra apresentam defeitos enzimáticos, como por exemplo o complexo I, o que provoca um comprometimento no metabolismo energético (BOWMAN et al., 2011; FARINA et al., 2013), com consequente aumento do escape de elétrons da cadeia respiratória e aumento na produção de superóxido (GAVIN; GUNTER; GUNTER, 1992; SCHOLTE, 1988). De acordo com Zhang e colaboradores (2003), em estudos com ratos adultos, em tratamentos crônicos utilizando 7,5, 15 e 30mg/Kg de Mn, foi demonstrado diminuição nas atividades dos quatro complexos mitocondriais (I a IV) no encéfalo em relação ao grupo controle. Por outro lado, no presente estudo, foi observado uma inibição significativa apenas na atividade do complexo I da cadeia respiratória no estriado, enquanto não houve inibição no hipocampo e no encéfalo total. Isto demonstra que, embora a intoxicação subaguda do Mn aumentou os níveis da molécula antioxidante GSH na tentativa de combater e/ou prevenir o desequilíbrio oxidativo, o complexo I mitocondrial do estriado foi o principal alvo da toxicidade do Mn.

Em relação a comparação dos sais de Mn, em estudos realizados por Chen e colaboradores (2001), o Mn trivalente (Mn³⁺) se mostrou mais potente na inibição do

Complexo I, levando a uma disfunção na respiração mitocondrial e inibição dos centros mitocondriais de Fe-S que contém enzimas como a aconitase, em comparação ao Mn^{2+} . No presente estudo, somente foi observado uma diminuição na atividade do complexo I no grupo que recebeu cloreto de Mn, o qual está sob a forma Mn^{2+} .

Em estudos com hipocampus de ratos e neurônios estriatais, Gunter e colaboradores (2013), descreveram que o Mn^{3+} é transportado para as células neuronais através do mecanismo da Tf, transporte que compartilha características e mecanismos com o Fe^{3+} . Ainda, a captação de Mn^{3+} através da Tf é muito menor do que o Mn^{2+} , e o transporte de Mn^{3+} é mais lento quando comparado com o Mn^{2+} . Desta forma, o Mn^{3+} é transportado em menor concentração e o Mn^{2+} é captado em maior concentração; a absorção de Mn^{2+} é maior e mais rápida do que a de Mn^{3+} . Estes achados estão de acordo com o que foi observado no presente estudo, onde houve um maior acúmulo de Mn no soro dos animais que receberam acetato de Mn quando comparado com os animais que receberam cloreto de Mn.

Segundo Chen e colaboradores (2001), o acetato de Mn contribui com a toxicidade por ser mais oxidativo, o que pode causar danos oxidativos severos a níveis endossomais. Embora os efeitos causados pelo Mn^{2+} e Mn^{3+} sejam similares, o estado de valência do Mn é o que determina o grau de toxicidade que ele irá exercer, por isso, Mn^{3+} é mais potente e mais citotóxico com relação às alterações de funções celulares quando comparado com o Mn^{2+} .

Neste sentido, quanto maior o estado de valência, maior o poder oxidante e maior a possibilidade de desencadear produção de EROs e, conseqüente, aumento da peroxidação lipídica (Ali et al., 1995). Em estudos realizados por Ali e colaboradores (1995), a exposição ao cloreto e ao acetato de Mn *in vitro*, resultou no aumento de EROs no estriado. Este efeito foi observado utilizando-se dose/concentração de acetato de Mn muito mais baixa quando comparado com a dose/concentração de cloreto de Mn. Em relação a exposição ao cloreto e ao acetato de Mn *in vivo*, enquanto o acetato produziu um aumento de EROs no estriado e no hipocampo, a exposição ao cloreto de Mn, não foi significativa.

CONCLUSÕES

Ainda pouco se sabe a respeito dos mecanismos envolvidos na neurotoxicidade do Mn, os quais estão diretamente envolvidos no desenvolvimento de diversas patologias, incluindo as doenças neurodegenerativas e o Manganismo. O conjunto dos dados apresentados indica que a exposição subaguda, em baixas doses de Mn, contribui para o desenvolvimento de estresse oxidativo e disfunção mitocondrial no SNC, principalmente no estriado. Sugerimos que o modelo de intoxicação subaguda por Mn sob a forma de cloreto de Mn, é um modelo adequado para o estudo do Manganismo. No entanto, maiores investigações são necessárias para confirmar se a exposição subaguda apresenta mecanismos de danos oxidativos similares aos já evidenciados durante a exposição crônica

a este metal.

REFERÊNCIAS

ALI, S. F. et al. Manganese-induced reactive oxygen species: Comparison between Mn⁺² and Mn⁺³. **Neurodegeneration**, v. 4, n. 3, p. 329–334, 1995.

ANDERSON, M. E.; MEISTER, A. Transport and direct utilization of gamma-glutamylcyst(e)ine for glutathione synthesis. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 80, n. 3, p. 707–11, 1983.

AON, M. A. et al. Glutathione/thioredoxin systems modulate mitochondrial H₂O₂ emission: An experimental-computational study. **The Journal of General Physiology**, v. 139, n. 6, p. 479–491, 2012.

ASCHNER, J. L.; ASCHNER, M. Nutritional aspects of manganese homeostasis. **Molecular Aspects of Medicine**, v. 26, n. 4–5 SPEC. ISS., p. 353–362, 2005.

ASCHNER, M. et al. Manganese: Recent advances in understanding its transport and neurotoxicity. **Toxicology and Applied Pharmacology**, v. 221, n. 2, p. 131–147, 2007.

ASCHNER, M.; GANNON, M. Manganese (Mn) transport across the rat blood-brain barrier: Saturable and transferrin-dependent transport mechanisms. **Brain Research Bulletin**, v. 33, n. 3, p. 345–349, 1994.

BELL, J. G.; KEEN, C. L.; LÖNNERDAL, B. Higher retention of manganese in suckling than in adult rats is not due to maturational differences in manganese uptake by rat small intestine. **Journal of Toxicology and Environmental Health**, v. 26, n. 4, p. 387–398, 1989.

BOWMAN, A. B. et al. Role of manganese in neurodegenerative diseases. **Journal of Trace Elements in Medicine and Biology**, v. 25, n. 4, p. 191–203, 2011.

CANNON, J. R. et al. Expression of human E46K-mutated α -synuclein in BAC-transgenic rats replicates early-stage Parkinson's disease features and enhances vulnerability to mitochondrial impairment. **Experimental Neurology**, v. 240, n. 1, p. 44–56, 2013.

CAROCHO, M.; FERREIRA, I. C. F. R. A review on antioxidants, prooxidants and related controversy: Natural and synthetic compounds, screening and analysis methodologies and future perspectives. **Food and Chemical Toxicology**, v. 51, n. 1, p. 15–25, 2013.

CASSINA, A; RADI, R. Differential inhibitory action of nitric oxide and peroxynitrite on mitochondrial electron transport. **Archives of biochemistry and biophysics**, v. 328, n. 2, p. 309–316, 1996.

CHEN, Jing-Yuan et al. Differential cytotoxicity of Mn (II) and Mn (III): special reference to mitochondrial [Fe-S] containing enzymes. **Toxicology and applied pharmacology**, v. 175, n. 2, p. 160-168, 2001.

CHEN, P. et al. Manganese homeostasis in the nervous system. **Journal of**

Neurochemistry, v. 134, n. 4, p. 601–610, 2015.

CHUN, H. S.; LEE, H.; SON, J. H. Manganese induces endoplasmic reticulum (ER) stress and activates multiple caspases in nigral dopaminergic neuronal cells, SN4741.

Neuroscience Letters, v. 316, n. 1, p. 5–8, 2001.

COTZIAS, C. THE HIGH SPECIFICITY OF THE MANGANESE PATHWAY THROUGH THE BODY 1, 2 The accepted ideas about the physiological role of manganese have been derived predominantly from in vitro experiments. However, these are characterized by lack of specificity: Only a. p. 1298–1305, 1958.

CROSSGROVE, J.; ZHENG, W. Manganese toxicity upon overexposure. **NMR in Biomedicine**, v. 17, n. 8, p. 544–553, 2004.

DESOLE, M. S. et al. Cellular defense mechanisms in the striatum of young and aged rats subchronically exposed to manganese. **Neuropharmacology**, v. 34, n. 3, p. 289–295, 1995.

ELLMAN, G. L. Tissue sulfhydryl Groups. p. 70–77, 1959.

ESTERBAUER H. K, Cheeseman H. Determination of aldehydic lipid peroxidation products: Malonaldehyde and 4-hydroxynonenal. **Methods in Enzymology**, v. 186, p. 407–421, 1990.

FARINA, M. et al. Metals, oxidative stress and neurodegeneration: A focus on iron, manganese and mercury. **Neurochemistry International**, v. 62, n. 5, p. 575–594, 2013.

FISCHER, J. C. et al. Differential investigation of the capacity of succinate oxidation in human skeletal muscle. **Clinica Chimica Acta**, v. 153, n. 1, p. 23–36, 1985.

FITSANAKIS, V. A. et al. Measuring Brain Manganese and Iron Accumulation in Rats following 14 Weeks of Low-Dose Manganese Treatment Using Atomic Absorption Spectroscopy and Magnetic Resonance Imaging. v. 103, n. 1, p. 116–124, 2008.

FITSANAKIS, V. A. et al. Changes in dietary iron exacerbate regional brain manganese accumulation as determined by magnetic resonance imaging. **Toxicological Sciences**, v. 120, n. 1, p. 146–153, 2011.

FORMAN, H. J. et al. The chemistry of cell signaling by reactive oxygen and nitrogen species and 4-hydroxynonenal. **Archives of Biochemistry and Biophysics**, v. 477, n. 2, p. 183–195, 2008.

FREELAND-GRAVES, J. H.; LIN, P. H. Plasma uptake of manganese as affected by oral loads of manganese, calcium, milk, phosphorus, copper, and zinc. **Journal of the American College of Nutrition**, v. 10, n. 1, p. 38–43, 1991.

GARCIA, S. J. et al. Iron deficient and manganese supplemented diets alter metals and transporters in the developing rat brain. **Toxicological Sciences**, v. 95, n. 1, p. 205–214, 2007.

GARRICK, M. D. et al. DMT1: A mammalian transporter for multiple metals. **BioMetals**, v. 16, n. 1, p. 41–54, 2003.

GAVIN, C. E.; GUNTER, K. K.; GUNTER, T. E. Mn²⁺ sequestration by mitochondria and

inhibition of oxidative phosphorylation. **Toxicology and Applied Pharmacology**, v. 115, n. 1, p. 1–5, 1992.

GERBER, G. B.; LÉONARD, A.; HANTSON, P. Carcinogenicity, mutagenicity and teratogenicity of manganese compounds. **Critical Reviews in Oncology/Hematology**, v. 42, n. 1, p. 25–34, 2002.

GUNSHIN, H. et al. Cloning and characterization of a mammalian proton-coupled metal-ion transporter. **Nature**, v. 388, n. July, p. 482–488, 1997.

GUNTER, T. E. et al. Manganese transport via the transferrin mechanism. **NeuroToxicology**, v. 34, n. 1, p. 118–127, 2013.

HEILIG, E. et al. Pharmacokinetics of pulmonary manganese absorption: evidence for increased susceptibility to manganese loading in iron-deficient rats. **American journal of physiology. Lung cellular and molecular physiology**, v. 288, n. 5, p. L887–L893, 2005.

HERRERO HERNANDEZ, E. et al. Follow-up of patients affected by manganese-induced Parkinsonism after treatment with CaNa₂EDTA. **NeuroToxicology**, v. 27, n. 3, p. 333–339, 2006.

HORNING, K. J. et al. Manganese Is Essential for Neuronal Health. **Annual review of nutrition**, v. 35, n. May, p. 71–108, 2015.

HUANG, C. et al. Chronic Manganese Intoxication. **Archives Neurology**, v. 46, p. 1104–1106, 1989.

HUANG, E.; ONG, W. Y.; CONNOR, J. R. Distribution of divalent metal transporter-1 in the monkey basal ganglia. **Neuroscience**, v. 128, n. 3, p. 487–496, 2004.

HUANG, P. et al. Manganese effects in the liver following subacute or subchronic manganese chloride exposure in rats. **Ecotoxicology and Environmental Safety**, v. 74, n. 4, p. 615–622, 2011.

HUSSAIN, S.; ALI, S. F. Manganese scavenges superoxide and hydroxyl radicals: An in vitro study in rats. **Neuroscience Letters**, v. 261, n. 1–2, p. 21–24, 1999.

JANKOVIC, J. Searching for a relationship between manganese and welding and Parkinson's disease. **Neurology**, v. 64, n. 12, p. 2021–2028, 2005.

JIANG, Y.-M. et al. Effective treatment of manganese-induced occupational Parkinsonism with p-aminosalicylic acid: a case of 17-year follow-up study. **Journal of occupational and environmental medicine / American College of Occupational and Environmental Medicine**, v. 48, n. 6, p. 644–649, 2006.

JIAO, J. et al. Manganese-induced single strand breaks of mitochondrial DNA in vitro and in vivo. **Environmental Toxicology and Pharmacology**, v. 26, n. 2, p. 123–127, 2008.

KWAKYE, G. F. et al. Manganese-induced parkinsonism and Parkinson's disease: Shared and distinguishable features. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 12, n. 7, p. 7519–7540, 2015.

LEBLONDEL, G.; ALLAIN, P. Manganese transport by caco-2 cells. **Biological Trace**

Element Research, v. 67, n. 1, p. 13, 1999.

LEONARDUZZI, G.; SOTTERO, B.; POLI, G. Targeting tissue oxidative damage by means of cell signaling modulators: The antioxidant concept revisited. **Pharmacology and Therapeutics**, v. 128, n. 2, p. 336–374, 2010.

LOWRY, H; J, NIRA;A, ROSEBROUGH; FARR, LEWIS AND RANDALL, J. Protein Measurement With the Folin Phenol Reagent. **Analytical Biochemistry**, v. 193, n. 1, p. 265–275, 1951.

LÜCKING, C. B. et al. ASSOCIATION BETWEEN EARLY-ONSET PARKINSON'S DISEASE AND MUTATIONS IN THE PARKIN GENE. **The New England Journal of Medicine**, v. 342, n. 21, p. 1560–1567, 2000.

MAGDER, S. Reactive oxygen species: toxic molecules or spark of life? **Critical care (London, England)**, v. 10, n. 1, p. 208, 2006.

NAVARRO-YEPES, J. et al. Antioxidant gene therapy against neuronal cell death. **Pharmacology & Therapeutics**, v. 142, n. 2, p. 206–230, 2014.

NISCHWITZ, V.; MICHALKE, B.; KETTRUP, A. Optimisation of extraction procedures for metallothionein-isoforms and superoxide dsmutase from liver samples using spiking experiments. **The Royal Society of Chemistry**, v. 128, n. 1, p. 109–115, 2003.

O'NEAL, S. L. et al. Subacute manganese exposure in rats is a neurochemical model of early manganese toxicity. **NeuroToxicology**, v. 44, p. 303–313, 2014.

OLANOW, C. W. Manganese-induced parkinsonism and parkinson's disease. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v. 1012, p. 209–223, 2004.

OULHOTE, Y. et al. Research | Children ' s Health Neurobehavioral Function in School-Age Children Exposed to Manganese in Drinking Water. v. 122, n. 12, p. 1343–1350, 2014.

POLI, G. et al. 4-Hydroxynonenal: A Membrane Lipid Oxidation Product of Medicinal Interest. **Medicinal Research Reviews**, v. 28, n. 4, p. 569–631, 2008.

ROTH, J. A. Homeostatic and toxic mechanisms regulating manganese uptake, retention, and elimination. **Biological Research**, v. 39, n. 1, p. 45–57, 2006.

SAEIDNIA, S.; ABDOLLAHI, M. Toxicological and pharmacological concerns on oxidative stress and related diseases. **Toxicology and Applied Pharmacology**, v. 273, n. 3, p. 442–455, 2013.

SCHOLTE, H. R. The biochemical basis of mitochondrial diseases. **J Bioenerg Biomembr**, v. 20, n. 2, p. 161–191, 1988.

SIDORYK-WEGRZYNOWICZ, M.; ASCHNER, M. Manganese toxicity in the central nervous system: The glutamine/glutamate-??-aminobutyric acid cycle. **Journal of Internal Medicine**, v. 273, n. 5, p. 466–477, 2013.

SINGH, J. et al. Biochemical and histopathological alterations in early manganese toxicity in rats. **Environmental physiology & biochemistry**, v. 4, n. 1, p. 16, 1974.

SMITH, E. A. et al. Increased whole blood manganese concentrations observed in children with iron deficiency anaemia. **Journal of Trace Elements in Medicine and Biology**, v. 27, n. 1, p. 65–69, 2013.

TAKEDA, A.; SAWASHITA, J.; OKADA, S. Biological half-lives of zinc and manganese in rat brain. **Brain Research**, v. 695, n. 1, p. 53–58, 1995.

THOMPSON, K. et al. Olfactory uptake of manganese requires DMT1 and is enhanced by anemia. **FASEB journal : official publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology**, v. 21, n. 1, p. 223–30, 2007.

UTTARA, B. et al. Oxidative stress and neurodegenerative diseases: a review of upstream and downstream antioxidant therapeutic options. **Current neuropharmacology**, v. 7, n. 1, p. 65–74, 2009.

WILLIAMS, M. et al. Toxicological Profile for Manganese. **Agency for Toxic Substances and Disease Registry**, n. September, p. 504, 2012.

ZHANG, F. et al. In vitro effect of manganese chloride exposure on energy metabolism and oxidative damage of mitochondria isolated from rat brain. **Environmental Toxicology and Pharmacology**, v. 26, n. 2, p. 232–236, 2008.

ZHANG, S.; FU, J.; ZHOU, Z. In vitro effect of manganese chloride exposure on reactive oxygen species generation and respiratory chain complexes activities of mitochondria isolated from rat brain. **Toxicology in Vitro**, v. 18, n. 1, p. 71–77, 2004.

ZHANG, S.; ZHOU, Z.; FU, J. Effect of manganese chloride exposure on liver and brain mitochondria function in rats. **Environmental Research**, v. 93, n. 2, p. 149–157, 2003.

ZWINGMANN, C.; LEIBFRTZ, D.; HAZELL, A. S. Energy Metabolism in Astrocytes and Neurons Treated with Manganese: Relation among Cell-Specific Energy Failure, Glucose Metabolism, and Intercellular Trafficking Using Multinuclear NMR-Spectroscopic Analysis. **Journal of Cerebral Blood Flow & Metabolism**, v. 23, n. 6, p. 756–771, 2003.

JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: A OBRIGATORIEDADE DO ESTADO EM FORNECER MEDICAMENTO/TRATAMENTO SEM PREVISÃO NO SISTEMA PÚBLICO, DE ALTO CUSTO OU SEM EFICÁCIA COMPROVADA

Claudine Ceolla Gaudêncio Knoblauch¹
Levi Hülse²
Joel Haroldo Baade³

Recebido em: 20 ago. 2018
Aceito em: 06 dez. 2018

RESUMO: A Constituição Federal de 1.988 traz em seu conteúdo princípios constitucionais de extrema importância, tais como, o princípio da isonomia ou da igualdade e o princípio da dignidade da pessoa humana. O primeiro especifica, segundo a máxima Aristotélica, o tratamento igualitário a todos em situação de igualdade e desigual ao desiguais na medida de suas desigualdades. Já o segundo, tem caráter subjetivo e pressupõe as condições mínimas que garantam a um indivíduo uma vida digna. Com caráter protetivo, a Constituição Federal visa assegurar aos cidadãos um rol de direitos fundamentais, entre eles a saúde. Tratam-se de prestações positivas atribuídas ao Estado que, em suma, deve assegurar o acesso à saúde a todos os cidadãos de maneira universal, integral e igualitária em todo o território nacional. Assim, para dar atendimento ao disposto no texto constitucional políticas públicas são desenvolvidas seguindo os parâmetros definidos pela Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8080/90, pela Lei nº 8.142/90. Temos também a Lei nº 12.401/11 e a Lei nº 9.782/99, sendo que esta criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e aquela criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde. Inobstante a todo aparato legal criado para dar cumprimento ao dever do Estado em disponibilizar serviços de saúde à população, evidencia-se que na prática tal prestação por parte deste é ineficiente levando à crescente judicialização da saúde, atribuindo-se ao Poder Judiciário o dever de, mesmo que indiretamente, interferir em questões administrativas e orçamentárias de atribuição do Poder Executivo, no que diz respeito às questões de saúde.

Palavras-chave:

JUDICIALIZATION OF HEALTH: THE OBLIGATION OF THE STATE TO PROVIDE

MEDICATION / TREATMENT WITHOUT FORECASTING IN THE PUBLIC, HIGH COST

¹Bacharel em Direito pela Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – Caçador - SC.

² Doutorando em Ciência Jurídica pela Universidade do Vale do Itajaí- UNIVALI - SC, na área de concentração em Constitucionalismo, Transnacionalidade e Produção do Direito. Mestre em Ciência Jurídica pela UNIVALI. Graduado Bacharel em Direito pela Fundação Universidade Regional de Blumenau FURB (2010) e graduado em História pela Fundação Universidade Regional de Blumenau FURB (2006). Advogado com a OAB/SC 31.986. Professor na Universidade do Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP. O autor agradece ao Fundo de Apoio à Pesquisa (FAP) da UNIARP pelo apoio financeiro. E-mail: levi@uniarp.edu.br.

³ Doutor. Docente e pesquisador dos Programas de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Sociedade e Profissional em Educação da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP. E-mail: baadejoel@gmail.com.

OR PROHIBITED EFFECTIVENESS SYSTEM

ABSTRACT: The Federal Constitution of 1988 brings in its content constitutional principles of extreme importance, such as the principle of equality or equality and the principle of the dignity of the human person. The first specifies, according to the Aristotelian maxim, equal treatment to all in a situation of equality and unequal to the unequal in the measure of their inequalities. The second is subjective and presupposes the minimum conditions that guarantee an individual a dignified life. With a protective character, the Federal Constitution aims to assure citizens a list of fundamental rights, among them health. These are positive benefits attributed to the State, which, in short, must ensure access to health for all citizens in a universal, integral and egalitarian manner throughout the national territory. Thus, in order to comply with the provisions of the constitutional text, public policies are developed following the parameters defined by the Organic Law of Health (LOS), Law n 8080/90, by Law n. 8.142 / 90. We also have Law No. 12,401 / 11 and Law No. 9,782 / 99, which created the National Health Surveillance Agency and created the National Commission for the Incorporation of Technologies into the Single Health System. compliance with the State's duty to provide health services to the population, it is evident that in practice this provision on the part of the latter is inefficient leading to a growing judicialization of health, being attributed to the Judiciary the duty, even indirectly, to interfere in administrative and budgetary matters of attribution of the Executive Power, with regard to health issues.

Keywords: Constitutional principles. Principle of Equality. Principle of the Dignity of the Human Person. Unified Health System. Judicialization of health.

INTRODUÇÃO

A saúde, listada na Constituição Federal de 1988 como um dos direitos fundamentais sociais, deve ser oferecido pelo Estado a todos os cidadãos de maneira integral e universal. Diante disso, e em razão da crescente busca pelos serviços de saúde, associada à ineficácia do Estado em oferecê-los à coletividade, resulta o aumento das demandas judiciais para garantir o direito individual do cidadão ao acesso a uma saúde de qualidade.

Entre os que recorrem ao judiciário para garantir o pleno restabelecimento de sua saúde encontramos aqueles que buscam o direito de recebimento de tratamentos não padronizado pelo Sistema Único de Saúde - SUS, de alto custo e/ou sem eficiência comprovada (tratamentos experimentais) pelos órgãos regulamentadores.

Desta maneira, nasce o fenômeno da Judicialização da Saúde em que o Poder Judiciário é instado a dirimir as questões de saúde ocasionando sua interferência, mesmo que indireta, nas questões administrativas e orçamentárias atribuídas ao Poder Executivo e, ao conceder tais tratamentos em desacordo com os órgãos de regulação e orçamento, para satisfazer questões individuais de saúde pode comprometer o oferecimento dos serviços de saúde a coletividade.

DA PREVISÃO CONSTITUCIONAL: DIREITO A SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL

Constam na Constituição Federal os princípios norteadores do sistema de normas e que especificam quais serão as prioridades da nova ordem constitucional. Tais são denominados princípios constitucionais e são elementos inspiradores dos direitos sociais previstos no artigo 6º da Constituição Federal (BRASIL, 1988), entre eles, a saúde. Com o intuito de delinear o estudo da judicialização da saúde o presente trabalho abordará o conceito, inicialmente de princípios, com posterior análise do princípio da isonomia e do princípio da dignidade da pessoa humana.

De acordo com José Afonso da Silva (2017, p. 94) “os princípios são ordenações que irradiam e imantam os sistemas de normas”. O Autor complementa esta conceituação citando Gomes Canotilho e Vital Moreira, enunciando que os princípios “são núcleos de condensações nos quais confluem valores e bens constitucionais”. (SILVA, 2017, p. 94).

Assim, conclui-se que existem princípios que se traduzem em normas constitucionais ou que interferem diretamente nestas normas aos quais denomina-se princípios Constitucionais e que os princípios Fundamentais, por sua vez, também conforme José Afonso da Silva (2017, p.95), são princípios de natureza variada sendo difícil conceituá-los precisamente em um “enunciado sintético”.

Com o intento de promover esta conceituação o Autor recorre, novamente a Canotilho e Moreira que definem os princípios fundamentais como aqueles que “visam essencialmente definir e caracterizar a colectividade política e o Estado e enumerar as principais opções político constitucionais”. (CANOTILHO, MOREIRA *apud* SILVA, 2017, p. 95)

Assim, os princípios devem ser adequadamente denominados de normas fundamentais ao invés de normas particulares de mero desdobramento analítico e, para Gomes Canotilho, constituem-se “dos princípios definidores da forma de Estado, dos princípios definidores da estrutura do Estado, os princípios estruturantes do regime político e dos princípios caracterizadores da forma de governo e da organização política em geral”. (CANOTILHO, MOREIRA *apud* SILVA, 2017, p. 96)

Deve-se fazer uma distinção entre princípios constitucionais fundamentais e princípios gerais do Direito Constitucional. Como exposto anteriormente, os primeiros integram o Direito Constitucional positivo e expressam-se pelas normas fundamentais, normas-síntese ou normas-matriz, que trazem em seu conteúdo os valores políticos fundamentais do legislador constituinte. (SILVA, 2017, p. 97)

Os princípios fundamentais possuem função ordenadora de ação imediata já que diretamente aplicáveis ou capazes de estabelecerem relações político-constitucionais. Os princípios gerais, por sua vez, “formam temas de uma teoria geral do Direito Constitucional, por envolver conceitos gerais, relações, objetos, que podem ter seu estudo destacado da dogmática jurídico-constitucional.” (SILVA, 2017, p. 97)

O conhecimento de dois princípios são essenciais ao presente trabalho: O princípio

da isonomia e o princípio da dignidade da pessoa humana. Consoante Araújo e Júnior, o princípio da igualdade constitui “um dos pilares estruturais” da Constituição Federal. Isso significa que tanto o legislador como o aplicador das leis devem “dispensar atendimento igualitário a todos os indivíduos, sem distinção de qualquer natureza. (ARAÚJO, JÚNIOR, 2006, p.131)

Dignidade da pessoa humana, por sua vez, “é um valor supremo que atrai o conteúdo de todos os direitos fundamentais do homem, desde o direito à vida. “Concebido como referência constitucional unificadora de todos os direitos fundamentais” (CANOTILHO, MOREIRA *apud* SILVA, 2017, p. 107)

Aplicando-se o disposto ao tema da judicialização da saúde onde se evidencia que as concessões judiciais acabam por proporcionar um tratamento desigual àqueles que seriam, ou seja, em relação aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que demandam judicialmente o tratamento médico de que necessitam e em relação ao demais usuários do SUS que não recorrem a via judicial, e isso se dá, conforme se evidencia nas decisões judiciais, em respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana.

O que se evidencia é um sopesamento dos dois princípios ante configuração de um conflito entre eles e, assim, “deve-se buscar a conciliação, uma aplicação de cada qual em extensões variadas, segundo a respectiva relevância no caso concreto, sem que se tenha um dos princípios como excluído do ordenamento jurídico por irremediável contradição com o outro. (MENDES, BRANCO, 2017, p.182)

A Carta Magna brasileira de 1.988 é considerada um marco da proteção dos direitos fundamentais e sociais. Denominada Constituição Cidadã inicia o seu título I elencando os princípios fundamentais. Na sequência, o título II faz menção aos direitos e garantias fundamentais, deixando expresso em seu texto a preocupação de se garantir estes direitos promovendo uma ruptura definitiva com os anos de ditadura militar que a antecedeu. (SILVA, 2017, p. 173)

Tais direitos foram incorporados ao rol de direitos do indivíduo com o fim de oferecer uma proteção à dignidade do homem, através das constantes “reivindicações da classe trabalhadora que, em um cenário de miséria, condições desumanas de trabalho e total exclusão da vida social e política, buscava o amparo estatal para as necessidades relacionadas às condições de trabalho, à educação, à saúde e à moradia. (GOTTI, 2012, cap.2)

O fato de podermos exercer positivamente os direitos fundamentais nos permite exigir dos poderes públicos suas eventuais omissões é de significativa importância ao estudo da judicialização da saúde, haja vista que a busca judicial visando a garantia da saúde se dá, em partes, pela omissão e ineficiência do poder público em oferecê-los de maneira satisfativa.

DOS RESPONSÁVEIS PELA DEFINIÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS DA SAÚDE PÚBLICA

A Constituição da República Federativa do Brasil atribuiu ao poder público a obrigatoriedade da prestação e assistência em saúde, bem como a regulamentação, a fiscalização e o controle das ações públicas destinadas a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Com o intuito de implementar o disposto no texto constitucional de 1.988, criou-se, por exemplo, o Sistema Único de Saúde que, entre outras atribuições, controla e fiscaliza os procedimentos, os produtos e as substâncias de interesse para a saúde. A este sistema gerenciado pelo SUS e cujas atribuições são financiadas por verbas públicas dá-se o nome de Sistema Público de Saúde. (GONÇALVES, 2015, p. 102)

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei nº 8080, editada em 1.990 foi inicialmente discutida na 8ª Conferência Nacional em Saúde, realizada em março de 1.986, que ao seu final elaborou relatório especificando, em síntese, que o sistema nacional de saúde no Brasil deveria ser reestruturado, seguindo-se uma nova concepção em saúde. (REMOR, 2003, p.31)

Tal concepção diz respeito a saúde ser um direito do cidadão e um dever do Estado e não deve ser restrita apenas a assistência médica, sendo resultante de vários fatores sociais. O objetivo essencial da criação do SUS, por sua vez, foi a implementação dos princípios constitucionais, constantes no artigo 196 da Constituição Federal de 1988 que preve a universalidade, integralidade e igualdade de acesso a saúde para toda a população. (REMOR, 2003, p.32)

Em relação ao caráter integral e universal do atendimento que deve ser prestado pelo Estado brasileiro, Sandra Krieger Gonçalves (2015, p.117), conclui que se é dever de Estado o atendimento da população, fornecendo-lhes profissionais da área médica, exames, atendimento hospitalar e todas as atividades que sejam voltadas a este fim, é deste o dever de operacionalizar através da rede pública o acesso a saúde. O que se vê, ainda de acordo com a autora, é que o Estado não impõe limites de acesso ao serviço público.

Conforme entendimento da juíza de Direito Danielle Coutinho Cunha Gomes (2017, p.198),

o caráter integral confere ao cidadão assistência em saúde, desde o atendimento básico até alta complexidade mas, não confere ao usuário do sistema o direito a todo e qualquer medicamento, produto ou insumo, mas tão somente àquele capaz de atingir seu fim.

Com a implementação da Lei nº 8080/90 houve a descentralização política e administrativa com repasse das competências da União para os municípios. A descentralização política configura-se por Estados, assim entendidos como a União, os Estados e os Municípios, divididos em entes dotados de capacidade política, ou seja, que

podem criar sua própria ordem jurídica. (REMOR, 2003, p.34)

Oportuno mencionar que a Lei nº 8142/90 foi editada como complemento a Lei nº 8080/90 para garantir maior participação da comunidade na gestão da saúde pública e, também, em relação às transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, matérias estas que forma objeto de vetos na lei anterior. (WARGAS, 2014, p.14)

Outro dispositivo legal que garantiu grande avanço da organização do SUS foi a Lei nº 12.401/11 que criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Esta lei alterou a LOS e atribuiu a referida comissão o dever de definir a incorporação, exclusão e alteração de medicamento, produtos e procedimentos do SUS como atribuições do Ministério da Saúde, bem como trouxe vedação expressa ao pagamento de medicamentos, produtos e procedimentos não autorizados pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e dispensação e pagamento de medicamentos, produtos e procedimentos sem o devido registro na ANVISA. (BRASIL. Lei nº 12.401/11)

A ANVISA, por sua vez, foi instituída pela Lei nº 9.782/99, de 26 de janeiro de 1999, que definiu o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, suas atribuições e competências. (BRASIL. Lei nº 9.782/99).

Pode-se citar como exemplo do previsto na lei supramencionada a criação da Relação Nacional de Medicamentos - RENAME, publicada pelo Ministério da Saúde, "no qual consta a lista de medicamentos essenciais para tratar as doenças mais comuns na população, e que apresentam menor custo nas etapas de armazenamento, distribuição, controle e tratamento". (BRASIL. Lei nº 9.782/99)

De acordo com Tatiana Vargas (2014, p.14) cabe, também ao Ministério da Saúde, a edição de portarias que "correspondem à síntese das negociações e dos pactos firmados entre os três níveis de direção do SUS – nacional, estadual e municipal, discutida e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde".

Assim, cumpre ao Ministério da Saúde, órgão do poder executivo federal, a função de organização e elaboração de planos e políticas públicas destinadas para a assistência à saúde dos brasileiros, mediante a integração com os demais órgãos federais e entes federativos, visando melhor atender aos interesses da população. (CARVALHO, SANTOS, 2002, p. 131-132)

DAS DEMANDAS JUDICIAIS QUE VISAM OBRIGAR O ESTADO A DISPONIBILIZAR MEDICAMENTO/TRATAMENTO NÃO PADRONIZADO, DE ALTO CUSTO OU EXPERIMENTAL

Ao iniciar o estudo das demandas judiciais em saúde é necessário analisar as causas da judicialização da saúde. De acordo com o Ministro do Supremo Tribunal Federal Luís Roberto Barroso em artigo intitulado Judicialização, Ativismo Social e Legitimidade

Democrática.

Ao tratar sobre o tema “A Judicialização da Vida”, o Barroso (2017, p.3) afirma que:

Judicialização significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais: o Congresso Nacional e o Poder Executivo – em cujo âmbito se encontram o Presidente da República, seus ministérios e a administração pública em geral..⁴

Afirma o Autor que a primeira grande causa da judicialização no Brasil foi a redemocratização do país com a promulgação da Constituição de 1988, que fortaleceu e expandiu o Poder Judiciário sendo que este, nas suas palavras, “deixou de ser um departamento técnico especializado e se transformou em um poder político, capaz de fazer valer a Constituição e as leis, inclusive em confronto com outros poderes”. (BARROSO, 2017, p.3)

Complementa o Ministro que atualmente há atualmente no Supremo Tribunal Federal uma nova geração de Ministros cuja investidura no cargo se deu após o fim do regime militar. Arelado a este fato, a reestruturação da democracia reavivou a cidadania e fomentou a informação e a consciência dos direitos em todos os segmentos da população que, por sua vez, passaram a questionar seus interesses perante os tribunais. (BARROSO, 2017, p.3)

Ainda expõe Barroso (2017, p.3) que “nesse mesmo contexto, deu-se a expansão institucional do Ministério Público, com aumento da relevância de sua atuação fora da área estritamente penal, bem como a presença crescente da Defensoria Pública em diversas partes do Brasil. A redemocratização, portanto, aumentou a demanda por justiça na sociedade brasileira.

A segunda causa contributiva para o aumento da judicialização, também apontada por Luís Roberto Barroso (2017, p.3), foi a “constitucionalização mais abrangente, que trouxe para a Constituição inúmeras matérias que antes eram deixadas para o processo político majoritário e para a legislação ordinária”.

Consoante Barroso (2017, p.3):

[...] constitucionalizar uma matéria significa transformar Política em Direito. Na medida em que uma questão – seja um direito individual, uma prestação estatal ou um fim público – é disciplinada em uma norma constitucional, ela se transforma, potencialmente, em uma pretensão jurídica que pode ser formulada sob a forma de ação judicial.

A terceira e última causa da judicialização, apontada pelo Ministro, é o sistema brasileiro de controle de constitucionalidade no Brasil. Considerado um dos mais abrangentes do mundo é classificado como híbrido ou eclético e combina aspectos dos sistemas americano e europeu. (BARROSO, 2017, p.3)

Acerca do tema da judicialização da saúde João Pedro Gebran Neto (2015, p.163)

⁴BARROSO, Luis Roberto. Judicialização, ativismo social e legitimidade democrática. Disponível em http://www.direitofranca.br/direitonovo/FKCEimagens/file/ArtigoBarroso_para_Selecao.pdf. Acesso em 07 nov 2017. p.3

afirma que embora tenha havido significativos avanços deste “ambicioso programa de saúde”, o sistema convalesce, dentre outros fatores, em razão do subfinanciamento público, da falha de gestão, da falta de fiscalização.

Complementa o autor que: (CLENIO, NETO, 2015, p.163)

Diante deste contexto, a judicialização da saúde se tornou um fenômeno que se multiplicou, a partir de liminares e antecipação de tutelas concedidas pelo Poder Judiciário, obrigando o Estado a prestar aquilo que esta nas políticas públicas, bem como atender reivindicações que não se acham cobertas por estas.

Com o fim de se ver garantido o direito a saúde os seus titulares acabam por recorrer ao Poder Judiciário. Esta procura ocorre por duas frentes distintas, quais sejam, a individual, passando pela atuação de diversas instâncias judiciais como o Ministério Público, a Defensoria Pública e a Advocacia e o coletivo, sendo estes representados pelo Ministério Público. (MACHADO, 2008, p.76)

Em artigo publicado na Revista Direito Sanitário, Felipe Rangel de Souza Machado (2008, p.76) destaca a decisiva participação do Poder Judiciário como “instituição responsável pelo julgamento das questões referentes à concessão ou negação de determinado pleito”, devendo interpretar normas e arbitrar sobre sua legalidade e aplicação.

Em relação às decisões judiciais em processos que visam o fornecimento de medicamento e insumos pelo Estado de São Paulo, Silvia Badim Marques e Sueli Gandolfi Dallari (2007, p.103), desenvolveram uma análise destes processos judiciais no período de 1997 a 2004, e delineararam algumas considerações acerca da demandas judiciais em saúde neste Estado. O objetivo do estudo era analisar de que maneira o Judiciário garante o direito social a assistência farmacêutica por meio da prestação jurisdicional.

Os resultados demonstraram que a maioria das ações eram compostas por autores individuais representados por advogados particulares. Como justificativas para os pedidos têm-se o risco de vida do paciente, o medicamento prescrito ser o único capaz de controlar a doença, falta de condições financeiras, o direito a saúde ser um direito fundamental garantido por lei, entre outros. (MARQUES, DALLARI, 2007, p. 104)

O Estado, por sua vez, réu nas ações de medicamentos alega em sua defesa que o pedido do autor não se enquadra nas políticas públicas de assistência farmacêutica ou que, nos casos aplicáveis, o medicamento pleiteado não possui registro na ANVISA, além da limitações legais e orçamentárias a que esta sujeito, entre outros. (MARQUES, DALLARI, 2007, p. 104)

De acordo com o estudo em tela, os juízes ao proferirem suas decisões não levam em consideração os elementos da política pública de medicamentos. Tal constatação foi possível em virtude de houve a condenação do Estado em quase 100% dos casos estudados, havendo situações em que este foi condenado ao fornecimento dos medicamentos nos exatos moldes do pedido autoral, mesmo em casos em que o tratamento pleiteado sequer possuísse registro na ANVISA. As decisões possuem o viés único de reafirmar que o direito à saúde e assistência farmacêutica são integrais e universais a todo

cidadão, sustentando que questões políticas não podem condicionar e disciplinar o exercício deste direito. (MARQUES, DALLARI, 2007, p. 105)

Como consequência deste fenômeno há um desequilíbrio na tomada de decisões sobre a definição das políticas públicas de saúde que atendem a coletividade e uma sobreposição das necessidades individuais em relação as necessidade da coletividade. (MARQUES, DALLARI, 2007, p. 105)

Diante do aumento no volume de ações, da complexidade do problema da prestação dos serviços públicos e o impacto gerado nas políticas públicas e no orçamento, o Supremo Tribunal Federal instaurou a 4ª Audiência Pública, em 28 de abril de 2009, com o fim de se estudar amplamente este tema. (CLENIO, NETO, 2015, p.164)

Como efeito deste encontro estabeleceu-se, de acordo com Gebran Neto (2015, p.164), a fixação de diretrizes sobre o direito a saúde e a criação do Fórum Nacional da Saúde e dos respectivos Comitês Executivos estaduais da Saúde pelo Conselho Nacional de Justiça com fim de de se estabelecer regras mínimas e de observância obrigatória nas decisões judiciais sobre saúde.

Obviamente, de acordo com Silvia Badim Marques (2007, p. 102), o Poder Judiciário não pode deixar sem resposta os casos que são levados a sua apreciação. Casos estes que implicam no enfrentamento dilemas e decisões trágicas pois tratam-se de questões urgentes versão sobre o sofrimento e a vida das pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Constituição Federal de 1.988 prevê em seu texto um rol de direitos sociais que constituem em prestações positivas do Estado, especifica ser a saúde um direito de todos e um dever do Estado. Assim, a doutrina entende que a redemocratização do Brasil, além de sedimentar os direitos sociais e fundamentais, foi responsável pelo fortalecimento e expansão do Poder Judiciário concomitantemente a consolidação institucional do Ministério Público e a crescente presença das Defensorias Públicas, que permitiu a maior atuação destes em diversas partes do Brasil.

A maior abrangência da constituição permitiu que matérias inseridas no texto constitucional e que antes eram de responsabilidade do processo político majoritário e da legislação ordinária passassem a possuir eficácia imediata. Por fim, o controle de constitucionalidade permite que uma vez desrespeitada a norma constitucional ela será passível de controle pela corte suprema do Brasil.

Associado a isto, outra causa ensejadora da judicialização é a ineficiência do Estado no seu dever prestacional que, por sua vez, muito se dá em razão da insuficiência de recursos. Ocorre que, uma determinação judicial que impõe ao Estado a entrega de um medicamento ou a realização de um procedimento deverá ser cumprida independentemente da existência ou não de recursos.

Assim, imprescindível que o Poder Judiciário ao ser instado a dirimir questões que envolvem a prestação de saúde àquelas pessoas individualizadas em um processo judicial, o faça seguindo parâmetros e requisitos mínimos, sob pena de abalar ainda mais já ineficiente sistema público de saúde que deverá dar atendimento a toda a coletividade quando, ao não seguir tais parâmetros e requisitos, poderá afetar ainda mais o financiamento público destinado à saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o sistema nacional de vigilância sanitária, cria a agência nacional de vigilância sanitária, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm> Acesso em 30 mar 2018

BRASIL, Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm. Acesso em 07 nov 2017

ARAÚJO, Luiz Alberto David; JÚNIOR, Vidal Serrano Nunes. **Curso de direito constitucional**. 10 ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

BARROSO, Luis Roberto. Judicialização, ativismo social e legitimidade democrática. Disponível em http://www.direitofranca.br/direitonovo/FKCEimagens/file/ArtigoBarroso_para_Selecao.pdf. Acesso em 07 nov 2017

CANOTILHO, J.J. Gomes; MOREIRA, Vital *apud* SILVA, José Afonso. **Curso de direito constitucional positivo**. 16.ed. São Paulo: Malheiros, 2017

CARVALHO, Guido Ivan de; SANTOS, Lenir. **Sistema único de saúde: Comentários a lei orgânica da saúde** (Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90). 3.ed. Campinas: Editora UNICAMP, 2002

CLENIO, Schulze, NETO, João Pedro Gebran. **Direito à saúde a luz da judicialização**. Porto Alegre: Verbo Jurídico, 2015

GOMES, Danielle Coutinho Cunha. Aplicação dos princípios e diretrizes do sistema único de saúde (SUS) diante da constituição federal de 1988 e legislação em vigor. **Série aperfeiçoamento de magistrados 8: Judicialização da saúde parte II**. Disponível em http://www.emerj.tjrj.jus.br/serieaperfeicoamentodemagistrados/paginas/series/8/judicializa caodasaudeII_195.pdf. Acesso em 07 nov 2017

GONÇALVES, Sandra Krieger. Judicialização do direito à saúde e os sistema de saúde suplementar no Brasil: Aspectos críticos da fundamentação de decisões judiciais. 302f..Orientador: Cesar Luiz Pasold.Tese (doutorado em Ciência Jurídica) - Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, 2015

GOTTI, Alessandra. **Direitos sociais: Fundamentos, regime jurídico, implementação e aferição de resultados**. 1.ed. São Paulo :Saraiva, 2012

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v.9, n.2 p. 73-91, jul/out 2008

MARQUES, Silvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista Saúde Pública**. p. 102-105, 2007. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/32199/34304>. Acesso em 08 nov 2017

MENDES, Gilmar Ferreira; BRANCO, Paulo Gustavo Gonet. **Curso de direito constitucional**. 12 ed. São Paulo: Saraiva, 2017

REMOR, Lourdes de Costa. **Controle, avaliação e auditoria do Sistema Único de Saúde: atividades de regulação e fiscalização**. Florianópolis: Papa Livro, 2003

SILVA, José Afonso da. **Curso de direito constitucional positivo**. 16.ed. São Paulo: Malheiros, 2017

WARGAS, Tatiana. Políticas públicas em saúde pública: Informações para tomadores de decisões em saúde pública. Espaço da gestão. São Paulo: 2014. Disponível em http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf. Acesso em 06 nov 2017

**TEORIAS E PRÁTICAS EM
ENFERMAGEM**

CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA¹

Rita de Cássia Gubert Trajano²
Luciane Bisognin Ceretta³
Maria Tereza Soratto⁴

Recebido em: 14 jun. 2017
Aceito em: 27 nov. 2018

RESUMO: Estudo com o objetivo de introduzir a consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco em uma unidade integrada de saúde, bem como descrever a experiência de mulheres grávidas no atendimento pré-natal de baixo risco nas consultas. A enfermeira está amparada por lei para realizar a consulta de enfermagem contribuindo dessa forma, para uma melhor qualidade nas orientações à gestante, diminuição do número de consultas para a médica ginecologista, maior vínculo com a gestante, como também, dar maior autonomia para que a enfermeira da unidade possa desenvolver ações de educação em saúde durante o pré-natal. Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido em um município do Extremo Sul de Santa Catarina. Foi aplicada entrevista semiestruturada com duas profissionais da equipe multiprofissional e sete gestantes. A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo, por meio de categorização dos dados, com a ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados. O resultado da pesquisa evidenciou a importância da implantação da consulta de enfermagem durante o período pré-natal, pois contribui significativamente na qualidade das orientações às gestantes, o contato e o vínculo entre profissional e gestante se ampliam, e, por conseguinte, estabelece-se uma relação maior de acolhimento e humanização para com as gestantes.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal. Cuidados de Enfermagem. Gestação.

THE NURSING CONSULTATION ON PRENATAL LOW-RISK IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT: This study aims to introduce the nursing appointment in the low risk prenatal in an integrated health unit and it also aims to describe the experience of pregnant women in the low risk prenatal care, in its medical appointments. The law supports the nurse to perform the nursing appointment, thus contributing to a better quality in the orientations for pregnant women and to the decreased number of visits to the gynecologist. The nursing appointment can also collaborate to create a closer bond with the pregnant women and give more autonomy to the nurse of the integrated health unit to develop health educational actions during the prenatal. The approach of this field research is qualitative, descriptive and exploratory. This study was developed

¹ Artigo Baseado na Monografia Pós-graduação especialização em Gestão da Atenção Básica de Saúde.

² Enfermeira Pós Graduada em Gestão da Atenção Básica em Saúde .– Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina – UNESC- Criciúma - SC - Brasil. Email: enf.ritatrajano@hotmail.com.

³ Enfermeira - Doutora em Ciências da Saúde - Mestre em Enfermagem – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina- Criciúma - SC - Brasil. Email: luk@unesc.net.

⁴ Enfermeira - Mestre em Educação – UNESC - Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina - Criciúma - SC - Brasil. Email: guiga@unesc.net.

in a town in the extreme south of Santa Catarina state. It was applied semi structured interviews with two professionals of the multi-professional team and seven pregnant women. The data analysis was performed from the content analysis, by means of the categorization of data, with the ordination, classification and final analysis of surveyed data. The result of this research evidenced the importance of the implementation of nursing appointments during the low risk prenatal period because it contributes significantly in the quality of the orientations for pregnant women. The contact and the bond between the professional and the pregnant women are extended, and therefore is established a greater relationship of reception and humanization with pregnant women, seeking to create confidence and security ties during prenatal care.

Keywords: Prenatal Care. Nursing Care. Pregnancy.

INTRODUÇÃO

De acordo com Maldonado (2002), até o século XVII a gestação era considerada assunto de mulheres. As parteiras eram escolhidas pelos sacerdotes ou pelas outras mulheres da comunidade, sendo comum o uso de talismãs, orações e receitas mágicas.

O setor público no final da década de 60, início de 70, prestou maior atenção às gestantes, desenvolvendo parcerias com entidades denominadas não governamentais, como por exemplo, a Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BENFAM). A criação de programas e a proliferação de entidades relacionadas à atenção à mulher não trouxeram vantagens à sua saúde e ao seu bem-estar, apenas expôs à mulher como objeto para contrapor as ideias governamentais (BRASIL, 2001).

Nesta trajetória o cuidado à mulher passa por avanços e retrocessos significativos, devido a questões políticas, sociais e econômicas. Como exemplo destas conquistas pode-se constatar a regulamentação da consulta de enfermagem em 25 de julho de 1986, pela lei nº 7.498, que a partir desta data passa a conferir um amparo legal aos enfermeiros, habilitando-os para executar suas atividades específicas na atenção à saúde da mulher, inclusive o pré-natal de risco habitual(COFEN, 1986).

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Um pré-natal de qualidade pode evitar complicações no parto, nos cuidados imediatos ao recém-nascido e no período puerperal (OBA; TAVARES, 2000; BRASIL, 2005; BRASIL, 2012).

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco(BRASIL, 2005, p.10).

A gestação é um processo fisiológico e, a maioria das vezes, é de baixo risco para a mãe e para o bebê. Durante o estágio inicial, o corpo da gestante passa por inúmeras transformações, incluindo alterações físicas, hormonais e psicológicas. Nesse processo, o

acompanhamento da gestação e a detecção de possíveis complicações ou intercorrências ocorre por meio do pré-natal (SILVA, 2014).

Apesar da redução significativa da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado. Um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso País e “tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido”(BRASIL, 2012, p. 15).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) devem ser “a porta de entrada preferencial da gestante ao sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado durante a gravidez”(BRASIL, 2012, p.37).

Em decorrência da grande demanda de pacientes com queixas ginecológicas e para realização de pré-natal com a médica ginecologista da Unidade Integrada de Saúde do município, resolveu-se realizar esta pesquisa sobre as possibilidades da implantação da consulta de enfermagem no pré-natal. Pois, no que se refere à atuação do enfermeiro frente às ações de assistência integral à saúde da mulher, considera-se que este em sua formação acadêmica está habilitado para realizar a consulta de enfermagem e a assistência ao pré-natal de baixo risco. Além disso, esse procedimento é respaldado em lei (em respeito à Lei do exercício profissional 7499/86 e o Decreto 94.406.187 e portaria 1721/MEC de 15/12/1994) que confere ao enfermeiro a habilitação necessária para o exercício desta função(MATOS; RODRIGUES; RODRIGUES, 2013).

Considera-se que a implantação da consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco na Unidade Integrada de Saúde possibilitará uma melhor qualidade nas orientações às gestantes; diminuição do número de consultas para a médica ginecologista; maior autonomia da enfermeira da Unidade, com a qualificação da assistência e maior vínculo com as gestantes.

Nesta perspectiva o presente estudo teve como objetivo identificar as possibilidades para a implantação da consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco na Unidade Integrada de Saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. O estudo foi desenvolvido na Unidade Integrada de Saúde de um município do Extremo Sul de Santa Catarina. Aplicou-se entrevista semiestruturada com 02 profissionais da equipe multiprofissional e 07 gestantes. A análise dos dados foi realizada a partir da análise de conteúdo, a partir da categorização dos dados. Utilizou-se como critérios de inclusão: médica ginecologista e enfermeira da Unidade; gestantes que realizam o pré-natal na Unidade; aceitação para participar da Pesquisa segundo Resolução 466/12.

A análise e interpretação dos dados qualitativos foram realizadas pela análise de conteúdo, a partir da categorização dos dados, através da ordenação, classificação e análise final dos dados pesquisados.

“Um dos procedimentos mais úteis para a investigação qualitativa é a formulação e organização dos dados em categorias”(LEOPARDI, 2002, p.223). Categoria refere-se a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, são estabelecidas para classificar os eventos. Categorizar é agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito(LEOPARDI, 2002; MINAYO, 2009).

A pesquisa em seres humanos deverá sempre tratá-lo com dignidade, respeito e defendê-lo em sua vulnerabilidade. Na pesquisa foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à pesquisa. Para preservar o sigilo decorrente da aplicação da entrevista, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução 466/12 que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizaram-se os seguintes indicadores dos participantes: “Médica e Enfermeira” para a equipe multiprofissional entrevistada; “gestante 1 a 7” para as gestantes participantes da pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC pelo Projeto nº 1.342.951/2015.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM A MÉDICA E ENFERMEIRA DA UNIDADE

Perfil da Equipe Multiprofissional

Em relação ao perfil da Equipe multiprofissional a faixa etária estabeleceu-se entre 30-40 anos, ambas do sexo feminino. O tempo de atuação da equipe variou de 9 meses a 12 anos.

A Enfermeira possui especialização em Saúde da Família e a Médica em Ginecologia e Obstetria.

Souza; Roecker; Marcon (2011) consideram a necessidade de capacitação permanente dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros proporcionando ações de educação em saúde que levem em conta as peculiaridades e necessidades específicas das gestantes, buscando uma melhor qualidade do processo gestacional e parturitivo.

Neste sentido, a qualidade do pré-natal somente será garantida na medida em que os

profissionais realizarem as atividades assistenciais individuais concomitantemente com ações educativas, sejam elas individuais ou grupais, capazes de fazer com que as gestantes conheçam seu corpo e compreendam as alterações que ocorrem durante a gestação de forma mais consciente e positiva em todo o processo gestacional(SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011, p.209).

Um atendimento de qualidade no pré-natal pode desempenhar um papel importante na redução da mortalidade materna, além de evidenciar outros benefícios à saúde materna e infantil (CUNHA et al., 2009).

O papel do enfermeiro é fundamental para uma atenção de qualidade no atendimento pré-natal, sendo necessária a adequada capacitação dos profissionais de saúde, através da sensibilização e educação continuada(DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006; COUTO et al, 2013).

A assistência ao pré-natal é o marco inicial ao desfecho que o processo do parto terá, assim, podemos afirmar que um profissional competente é um importante instrumento para um bom parto (MATOS; RODRIGUES; RODRIGUES, 2013).

Categoria 1 - Possibilidade de implantação da consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco

Tanto a médica como a enfermeira avaliam positivamente a implantação da consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco, sendo fundamental em virtude das orientações e cuidado qualificado para a gestante no pré-natal:

Médica – *“avalio positivamente”*.

Enfermeira – *“a consulta de enfermagem no pré-natal é de fundamental importância devido às várias orientações que a enfermagem pode estar fazendo para as gestantes. Principalmente as dicas de cuidados com o recém-nascido e amamentação”*.

Nas respostas da categoria 1, que se refere a avaliação da possibilidade de consulta de enfermagem ser implantada na Unidade Básica de Saúde, a equipe multiprofissional avaliou positivamente a implantação, considerando que a consulta de enfermagem no pré-natal, é de grande importância para ajudar a orientar as gestantes, no que diz respeito especialmente aos cuidados com recém-nascido e aos detalhes que envolvem à amamentação.

Segundo o Programa de Humanização ao Parto e Nascimento (PHPN), devem ser realizadas durante o ciclo gravídico-puerperal o mínimo de seis consultas de pré-natal e a consulta do puerpério, sendo que a humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais, para que estas ações se traduzam em resolução de problemas identificados durante esse período (FELICIANO; PRADEBON; LIMA, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde, na atenção ao pré-natal de baixo risco a realização da consulta de enfermagem de pré-natal de gestação de baixo risco deve ser intercalada com a presença do médico(BRASIL, 2012).

Durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher e sua família devem receber informações sobre os seguintes temas: a importância do pré-natal; cuidados de higiene; realização de atividade física; nutrição; desenvolvimento da gestação; modificações corporais e emocionais; sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes; medos e fantasias referentes à gestação e ao parto; atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids e aconselhamento para o teste anti-HIV; sinais de alerta; preparo para o parto e puerpério; amamentação(BRASIL, 2012).

As ações educativas no pré-natal são fundamentais não apenas pela importância de ações voltadas para a prevenção da saúde materna e fetal, mas também pela possibilidade de mediação entre a ação cuidativa-educativa (CUNHA et al., 2009; ALMEIDA et al, 2011; BRASIL, 2012).

Categoria 2 – Sugestões da equipe multiprofissional para a consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco

Na categoria 2, que trata de sugestões da equipe multiprofissional para a consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco, a médica sugere ações a serem realizadas pelo enfermeiro, que vão desde exames laboratoriais, passando por prescrição de medicamentos, e orientações sobre muitas situações que acometem a gestante durante este período, como sexualidade na gestação e planejamento familiar. A enfermeira, por sua vez, sugere atenção a procedimentos organizacionais, como agendamento prévio para as consultas de enfermagem.

Médica – *“Solicitação de exames laboratoriais de primeiro trimestre; prescrição de ácido fólico até as 35 de gestação; orientação sobre ganho de peso, atividade física, amamentação, sexo na gestação, planejamento familiar, trabalho de parto, situações em que a gestante deve procurar o hospital e/ou posto, esquema vacinal, etc”.*

Enfermeira - *“Que seja feita com agenda prévia e que haja protocolo apesar de ser uma função do enfermeiro, para ter maior proteção”.*

Nesse sentido, pode-se perceber que as respostas da equipe multiprofissional estão em consonância com o que afirmam Vieira et al. (2010), de que o pré-natal de baixo risco realizado pelo profissional de enfermagem, contribui para auxiliar e orientar as gestantes e monitorar para que se essa gestante apresente evoluções desfavoráveis, seja encaminhada imediatamente para o médico ginecologista, primando por um atendimento eficiente e seguro.

A atenção em planejamento familiar nas consultas médicas e de enfermagem, nas visitas domiciliares, durante as consultas de puericultura, puerpério e nas atividades de vacinação e na realização de atividades educativas é essencial para a saúde da mulher(BRASIL, 2012).

A administração preventiva de ácido fólico no período pré-gestacional deve ser realizada para a “prevenção de anormalidades congênitas do tubo neural, especialmente

nas mulheres com antecedentes desse tipo de malformações”(BRASIL, 2012, p.28). Uma das atribuições do enfermeiro no pré-natal de baixo risco é prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal como o sulfato ferroso e ácido fólico(BRASIL, 2012).

A atribuição do Enfermeiro no acompanhamento de pré-natal de baixo risco envolve a orientação sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; solicitação de exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal; identificação das gestantes com algum sinal de alarme ou alto risco e encaminhamento para consulta médica; realização de visita domiciliar durante o período gestacional e puerperal, acompanhamento do processo de aleitamento e orientação sobre o planejamento familiar e desenvolvimento de atividades educativas(BRASIL, 2012).

As opiniões da equipe multiprofissional, que possui experiência com atendimento às gestantes, estão de acordo com a resolução do COFEN nº 0516/2016, que prevê que o pré-natal de baixo-risco pode ser realizado pelo profissional de enfermagem – Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix - cabendo a ele, realizar consultas de enfermagem obstétrica, prescrição de assistência de enfermagem, assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido, e ainda, realizar educação em saúde (COFEN, 2016).

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa(BRASIL, 2012, p.49).

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado integralmente pela enfermeira. O profissional possui embasamento teórico-científico e respaldo legal para prestar assistência pré-natal de baixo risco, e se esperam dele o acompanhamento e a assistência à população de gestantes (CUNHA et al, 2009; BRASIL, 2012).

Segundo art. 3º da Resolução COFEN nº 0516/2016 compete ao Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix, atuando em Serviço de Obstetrícia, Centro de Parto Normal e/ou Casa de Parto ou outro local onde ocorra a assistência acolher a mulher e seus familiares ou acompanhantes; avaliar todas as condições de saúde materna, clínicas e obstétricas, assim como as do feto; garantir o atendimento à mulher no pré-natal, parto e puerpério por meio da consulta de enfermagem.

Assim como as opiniões destacadas pela equipe multiprofissional, está em conformidade com o que prevê a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, decreto nº 94.406/87, que estabelece que a consulta poderá ser realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa (BRASIL, 2012).

As ações educativas com orientações de enfermagem são consideradas atividades

essenciais para promover a compreensão do processo de gestação, ocorrendo troca de vivências e informações entre as mulheres e os profissionais de saúde(BRASIL, 2012).

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA COM AS GESTANTES

Perfil das gestantes

Em relação ao perfil das gestantes a faixa etária estabeleceu-se entre 17- 41 anos, a maioria das entrevistadas são casadas e apresentam nível fundamental de escolaridade.

Categoria 1 – Avaliação da gestante sobre a consulta de enfermagem

Ao que se refere a categoria 1, avaliação da gestante sobre a consulta de enfermagem, as gestantes consideraram este momento “*bom*”, “*muito bom*” e “*muito interessante*”.

Gestante 1 – “ *bom*”.

Gestante 2 – “*eu achei interessante*”.

Gestante 3 – “*foi ótima*”.

Gestante 4 – “ *achei bem boa*”.

Gestante 5 – “ *bom*”.

Gestante 6 –“*ótima*”.

Gestante 7 – “*muito bom*”.

O período gestacional envolve mudanças relacionadas aos ritmos metabólicos, hormonais e ao processo de integração de uma nova imagem corporal, tendo repercussões na dimensão física e emocional da gestante (ARAÚJO et al, 2012).

"A gravidez é um fenômeno fisiológico e deve ser visto pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional"(BRASIL, 2012, p. 11).

O pré-natal não deve ser somente um momento técnico centrado em um fenômeno biológico, visto que tal conduta não estabelece vínculo de acolhimento, confiança e segurança, dificultando a relação enfermeiro/gestante. O enfermeiro deve considerar que o conteúdo emocional torna-se fundamental para a relação profissional/usuário(GOMES et al., 2015). Nesta fase a mulher necessita de cuidados especiais pelo fato de vivenciar novas experiências durante o período gestacional (SILVA et al., 2012).

A humanização no atendimento ao pré-natal está relacionada não apenas em receber a mulher na unidade de saúde, mas essencialmente no modo como esta é acolhida (SOUZA; SILVA, 2010).

O indivíduo consciente da sua cidadania exerce influência sobre os demais, favorece o desenvolvimento da autonomia e encoraja a mulher que toma decisões baseadas nas suas reais necessidades, e conseqüentemente, ganha mais saúde e liberdade de escolha e participação no processo gestacional (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

Categoria 2 - Sugestões da gestante para a consulta enfermagem no pré-natal de baixo risco

Na categoria 2, sobre sugestões da gestante para a consulta enfermagem no pré-natal de baixo risco, apenas a gestante 1 sugeriu “*bastante atenção, porque a gente precisa*”. E sobre essa afirmação, evidencia-se a importância que essa mulher receba uma assistência planejada e individualizada, levando em conta sua história pessoal (VIEIRA et al, 2010)

Gestante 1 – “*bastante atenção, porque a gente precisa*”.

A experiência de gestar, parir e de cuidar de um filho gera uma nova expectativa na vida de uma mulher, contribuindo para seu crescimento emocional e pessoal, porém, esse período representa um momento em que autoconfiança se encontra em crise, com sentimentos de euforia, medo e ansiedade (MERIGHI; GONCALVES; RODRIGUES, 2006).

A gestação constitui-se num evento carregado de “sentimentos profundos, pois constituem momentos de crises construtivas, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais”(BRASIL, 2012, p.39). Faz-se necessário que o pré-natal seja um momento de acolhimento e humanização, e não somente um ato técnico, pois é fundamental que as gestantes estabeleçam vínculos de acolhimento, confiança, segurança. E o profissional de enfermagem deve estar atento para o conteúdo emocional que é fundamental para a criação desses vínculos. O atendimento humanizado no pré-natal está relacionado não somente à forma de receber a gestante quando ela busca apoio na Unidade Básica de Saúde, mas essencialmente, no modo como ela é acolhida e atendida(SOUZA; SILVA, 2010).

O Caderno de Atenção Básica ao Pré-Natal de Baixo Risco recomenda 10 passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica:

- 1º passo: iniciar o pré-natal na atenção primária à saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).
- 2º passo: garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
- 3º passo: toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
- 4º passo: promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".
- 5º passo: garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
- 6º passo: é direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".
- 7º passo: garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
- 8º passo: estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "plano de parto".
- 9º passo: toda gestante tem direito de conhecer e visitar

previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação). 10º passo: as mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal (BRASIL, 2012, p.38)

Os enfermeiros estão habilitados para atender ao pré-natal, aos partos normais sem distócia e ao puerpério prestando uma assistência humanizada à mulher em todo o período gravídico-puerperal (BRASIL, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou responder de que forma poderia ser implantada a consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco na Unidade Integrada de Saúde de um município de pequeno porte do extremo sul de SC, visando possibilitar uma melhor qualidade no atendimento às mulheres gestantes e puérperas.

O que se pode destacar após a pesquisa, é que foi evidenciado que há possibilidade de implantação da consulta de enfermagem na referida Unidade Básica de Saúde, conforme expôs a equipe multiprofissional avaliando positivamente a ação, mas para isso, faz-se necessário que o profissional de enfermagem seja preparado para atuar durante o pré-natal de baixo risco, incluindo a atuação nas consultas de enfermagem, deve-se pensar num cronograma de agendamento de consultas e mais, deve-se buscar estreitar os laços entre Unidade Básica de Saúde e sua equipe profissional e a gestante, buscando acolhê-la e orientá-la.

Neste sentido, considera-se que o problema central deste artigo, juntamente com as hipóteses suscitadas foram respondidas, pois conforme sugeriu a equipe multiprofissional, ao ser implantada a consulta de enfermagem, os profissionais poderiam realizar solicitação de exames laboratoriais de primeiro trimestre; prescrever medicamentos (ácido fólico); realizar uma completa orientação sobre gestação, planejamento familiar; sexualidade na gestação, etc. Com isso, a consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco na Unidade Integrada de Saúde pode possibilitar melhor qualidade nas orientações à gestante, desobstruções de consultas para a médica ginecologista e certamente, gerar maior autonomia por parte do profissional enfermeiro da USB, com a qualificação da assistência à gestante.

Ao encerrar este trabalho, reforça-se que a equipe de enfermagem está amparada por Lei para realizar a consulta de enfermagem e esta ação pode contribuir significativamente para uma melhor qualidade nas orientações à gestante, contribuindo para ampliar o vínculo com a gestante, como também, dar maior autonomia para que a enfermeira da unidade possa desenvolver ações de educação em saúde durante o pré-natal.

Sugere-se, a implantação da consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco integrada à consulta médica na Unidade de Saúde, oportunizando uma melhor qualidade e humanização da assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Maria Rita et al. Percepção e perspectivas de gestantes sobre o processo do parto a partir de oficinas educativas. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 15, n.1, p. 79-85, jan./mar. 2011
- ARAUJO, Natalúcia Matos et al. Corpo e sexualidade na gravidez. **Revista da escola de enfermagem daUSP**. São Paulo v. 46, n.3, p. 552-558, abr./set. 2012.
- 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 em: 07 jul. 2016.
- _____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério**. Assistência humanizada à mulher. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 163 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318 p.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html> Acesso em: 07 jul. 2016.
- _____. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 0516//2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html> Acesso em: 14 jul. 2016.
- COUTO, Camila Santos do et al. **Barreiras e estratégias relacionadas a Assistência Pré- Natal**. 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 2013. Disponível em: <http://www.abeneventos.com.br/anais_senpe/17senpe/pdf/1341po.pdf> acesso em: 13 jul. 2016.
- CUNHA, Margarida de Aquino et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 145-153, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jul. 2016.
- DOTTO, Leila Maria Geromel; MOULIN, Nelly de Mendonça; MAMEDE, Marli Villela. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, p. 682-688, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jul. 2016.

FELICIANO, Neusa Brittes; PRADEBON, Vania Marta; LIMA, Suzinara Soares de. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. **Aquichan**. Colômbia, v. 13, n. 2, p.261-269, ago. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/741/74128688002.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2016.

GOMES, Delmar Teixeira, et al. Assistência ao pré-natal: perfil de atuação dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem – UFJF**. Juiz de Fora-MG, v. 1, n. 1, p. 95-103, jan. /jun. 2015. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/revistadeenfermagem/files/2015/05/14-Revista-de-Enfermagem-C11.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2016.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis: UFSC, 2002. 294 p.

MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez**. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

MATOS, Daionara Silva; RODRIGUES, Milena Silva; RODRIGUES, Tatiana Silva. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. **Enfermagem Revista**, v. 16, n 01, jan. /abr. 2013.

MERIGHI, Míriam Aparecida Barbosa; GONÇALVES, Roselane; RODRIGUES, Isabela Granghelli. Vivenciando o período puerperal: uma abordagem compreensiva da Fenomenologia Social. **Revista brasileira de enfermagem**. Brasília, v. 59, n. 6, p. 775-779, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jul. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 108 p.

OBA, Maria das Dores do Vale; TAVARES, Maria Solange Guarino. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP. **Revista latino-americana de enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 11-17, abr. 2000.

SILVA, Dinara Raquel Araújo. Assistência de enfermagem a consulta de pré-natal: um relato de experiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação Interface**, Botucatu, supl. 3, 2014.

SILVA, Raimunda Magalhães da et al . Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, p. 635-642, Mar. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300009>.

SOUZA, Viviane Barbosa de; ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. **Rev. Eletr. Enf.**, v.13, n.2, p.199-210, abr/jun 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162>> Acesso em: 13 jul. 2016.

SOUZA, Bruna Luiza Pedrosa de; SILVA, Michelle Aparecida. **Humanização no atendimento ao pré-natal**. 2010. 46 f. Monografia (Especialização) - Instituto Federal de

Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas, Capetinga-MG, 2010. Disponível em: <http://www.muz.ifsuldeminas.edu.br/attachments/307_HUMANIZA%C3%87%C3%83O%20NO%20ATENDIMENTO%20AO%20PR%C3%89-NATAL.pdf> Acesso em: 07 jul. 2016.

VIEIRA, Flaviana. et al. Diagnósticos de enfermagem da NANDA no período pós-parto imediato e tardio. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 83-89, mar. 2010.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 jul. 2016.

SÍFILIS CONGÊNITA: UMA ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO MUNICÍPIO DE CRICIÚMA¹

Luana Rosso²
Mariá Vaz Franco Martins³
Maria Tereza Soratto⁴
Ivanir Prá da Silva Thomé⁵
Rosilda Lopes de Souza⁶

Recebido em: 01 dez. 2017
Aceito em: 19 dez. 2018

RESUMO: A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica de evolução crônica e muitas vezes assintomática, transmitida principalmente por via sexual e vertical. O estudo em questão trata-se de um estudo de corte transversal, retrospectivo, descritivo de natureza quantitativa e documental, a coleta de dados se deu no Programa de Atenção Municipal as DST/HIV/AIDS (PAMDHA) do município de Criciúma, através de pesquisa documental com base nos dados da Vigilância Epidemiológico do SINAN com o objetivo de investigar os casos de sífilis congênita no município. Através da pesquisa pode-se perceber que entre os anos de 2015 e 2016 constatou 3,7% do total de casos pesquisados chegaram a óbito, dos RN nascidos com sífilis 51,9% foram assintomáticos e 3,8% sintomáticos, os demais não apresentaram características. Do total de gestantes, 66,6% realizou pré-natal e foram diagnosticadas a partir do mesmo, possibilitando o tratamento. Para que haja uma menor prevalência de casos de sífilis é necessário que os profissionais da saúde adotem, além das políticas públicas já disponíveis outros hábitos que levem ao alcance de todas as classes de gestantes, para evitar mais casos de sífilis.

Palavras-chave: Gestantes. Sífilis Congênita. Recém-Nascidos. Infecções Sexualmente Transmissíveis.

CONGENITAL SYPHILIS: AN ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE IN THE CITY OF CRICIÚMA

ABSTRACT: Syphilis is a systemic infectious disease of chronic evolution and often asymptomatic, transmitted mainly through sexual and vertical. The study in question it is a cross-sectional study, retrospective, descriptive quantitative and documentary nature, data collection took place in the Attention the Municipal STD/HIV/AIDS (PAMDHA) of the city of Criciúma, through documentary research based on Epidemiological Surveillance data from SINAN aiming to investigate the cases of congenital syphilis in the municipality. Through research you can notice that between the years 2015 and 2016 found 3.7% of total cases surveyed came to death, the RN born with syphilis 51.9% 3.8% were asymptomatic and symptomatic, the others did not

¹ Artigo baseado no Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem - UNESC.

² Enfermeira – UNESC– Criciúma – SC – Brasil. E-mail: luh.rosso@hotmail.com.

³ Enfermeira – UNESC– Criciúma – SC – Brasil. E-mail: maria_martinsss@hotmail.com.

⁴ Enfermeira – Mestre - UNESC– Criciúma – SC – Brasil. E-mail: guiga@unes.net.

⁵ Enfermeira – Mestre – UNESC – Criciúma – SC – Brasil. E-mail: ivanir_pdst@yahoo.com.br.

⁶ Enfermeira – Mestre– UNESC – Criciúma – SC – Brasil. E-mail: rozildalopes@unes.net.

show characteristics. Of the total of 66.6% pregnant women, prenatal and conducted were diagnosed from the same, allowing the treatment. So there is a lower prevalence of syphilis cases is necessary that health professionals adopt, in addition to the already available public policies other habits that lead to reach of all classes of pregnant women, to prevent more cases of syphilis.

Keywords: Pregnant women. Congenital Syphilis. Newborns. Sexually Transmitted Infections.

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), anteriormente designadas doenças venéreas, são infecções que se transmitem por contato sexual. São causadas por diversos agentes infecciosos e ocasionam grande multiplicidade de sintomas e manifestações clínicas, embora, na maioria dos casos, possam evoluir com pouco ou nenhum sintoma (AZEVEDO, 2008).

As IST constituem atualmente um problema de saúde pública a nível mundial, com um peso socioeconômico crescente, não só pelo elevado número de pessoas infectadas e pelo aumento da incidência em muitos países, mas, sobretudo pelas suas consequências em nível da saúde sexual, reprodutiva e materno-fetal e, ainda, pela sua capacidade de facilitar a transmissão (AZEVEDO, 2008).

As Infecções sexualmente transmissíveis (IST), por lidarem com as questões ligadas à sexualidade, tendem a ser encobertas, tornarem-se invisíveis. No caso da sífilis, pela remissão espontânea das lesões das fases primária e secundária, seguida de longo período de latência clínica, fica difícil a identificação de portadores, levando Carrara (1996, p.46) a dizer que “se a sífilis se propaga tão amplamente é em grande parte por ser invisível”.

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica causada pelo vírus *Treponema Pallidum*, de evolução crônica e muitas vezes assintomática, que tem como principais formas de transmissão às vias sexual e vertical. Exclusiva do ser humano, e quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica com sequelas irreversíveis em longo prazo (BRASIL, 2010). Não existe vacina contra a sífilis, e a infecção pela bactéria causadora não confere imunidade protetora. Isso significa que as pessoas poderão ser infectadas tantas vezes quantas forem expostas ao *T. pallidum* (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

A forma adquirida da sífilis subdivide-se em precoce e tardia, dependendo do tempo de infecção e do grau de infecção. A sífilis congênita apresenta-se de forma variável, desde assintomática, em 70% dos casos, até formas mais graves (BRASIL, 2007).

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica do *Treponema pallidum*, da gestante infectada não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito, por via transplacentária. Os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão vertical do *T. pallidum* são o estágio da sífilis na mãe e a duração da

exposição do feto no útero (BRASIL, 2006).

A síndrome clínica da sífilis congênita precoce surge até o segundo ano de vida e deve ser diagnosticada por meio de uma avaliação epidemiológica criteriosa da situação materna e de avaliações clínicas, laboratorial e de estudos de imagem na criança. Entretanto, o diagnóstico na criança representa um processo complexo (BRASIL, 2006).

A síndrome clínica da sífilis congênita tardia surge após o 2º ano de vida, os sinais e sintomas podem ser tibia em “lâmina de sabre”; fronte olímpica; nariz em sela; dentes incisivos medianos superiores deformados (dentes de Hutchinson); mandíbula curta; arco palatino elevado; ceratite intersticial; surdez neurológica; dificuldade no aprendizado (BRASIL, 2007). Da mesma forma que a sífilis congênita precoce, o diagnóstico deve ser estabelecido por meio da associação de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Além disso, deve-se estar atento na investigação para a possibilidade de a criança ter sido exposta ao *T. pallidum* por meio de exposição sexual (BRASIL, 2006).

No mundo, observa-se que a sífilis é uma infecção reemergente, como verificado na Itália e nos Estados Unidos da América, chamando a atenção para a necessidade de rastreamento para todas as gestantes durante o pré-natal e tratamento em tempo hábil, com o objetivo de conter a infecção congênita (TRIDAPALLI, 2012). Na América Latina, na África e em países da Ásia permanece elevada sua incidência e seu controle tem como foco a assistência pré-natal (VALDEMARRA et al., 2004).

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), ao ano, 50 mil parturientes têm o diagnóstico de sífilis, com prevalência variando de 1,1 a 11,5%, em função da assistência pré-natal e do grau de instrução materna. Em um estudo realizado em 2014, obteve-se um resultado de aproximadamente 12 mil nascidos vivos têm sífilis congênita no Brasil por ano (LORENZI; FIAMINGHI; ARTICO, 2009).

Segundo dados do Boletim Epidemiológico de 2016 a sífilis adquirida teve um aumento de 32,7%, a sífilis em gestantes 20,9% e congênita de 19%. Em 2015 o número total de casos notificados de sífilis no Brasil foi de 65.878, no mesmo período a taxa de detecção foi de 42,7 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2016).

Em gestantes, no ano de 2015, a taxa de detecção de sífilis foi de 11,2 casos a cada 1.000 nascidos vivos, considerando o total de casos da doença. Com relação à Sífilis Congênita em 2015 foi notificado 19.228 casos da doença, uma taxa de incidência de 6,5 por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2016).

O tratamento para sífilis congênita é realizado com penicilina conforme os critérios determinados pelo Ministério da Saúde. Níveis de penicilina superiores a 0,018mg/kg são considerados suficientes e devem ser mantidos por pelo menos sete a 10 dias na sífilis recente, e por duração mais longa na sífilis tardia (BRASIL, 2015b).

Sendo assim, é de grande importância fazer o teste para detectar a sífilis durante o pré-natal, pois se o resultado é positivo, deve-se iniciar o tratamento adequado (da mulher e seu parceiro) para evitar a transmissão da doença para o bebê. Entretanto vale lembrar

que o uso do preservativo nas relações sexuais ainda é a melhor forma de prevenção desta e outras doenças sexualmente transmissíveis.

A partir disso deu-se como objetivo geral analisar o perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Criciúma entre os anos de 2015 e 2016.

MATERIAL E MÉTODOS

O estudo caracterizou-se como quantitativo, de corte transversal, retrospectivo, descritivo e documental, realizado no curso de Enfermagem da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC.

Os dados do estudo foram coletados no Programa de Atenção Municipal às DST/HIV/AIDS (PAMDHA), tendo como base de dados o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) e o prontuário eletrônico, tendo como população diagnosticadas e notificadas no SINAN e no PAMDHA com Sífilis, no ano de 2015 e 2016, residentes do município de Criciúma/SC.

Para a análise estatística foi montada uma planilha eletrônica para elaboração do banco de dados a partir da coleta de dados realizada nesta pesquisa. As variáveis quantitativas foram apresentadas em média \pm desvio padrão, para todas as análises estatísticas foi adotado o valor de $p < 0,05$ para indicar diferença estatisticamente significativa entre os grupos. As análises foram realizadas no Microsoft Office Excel.

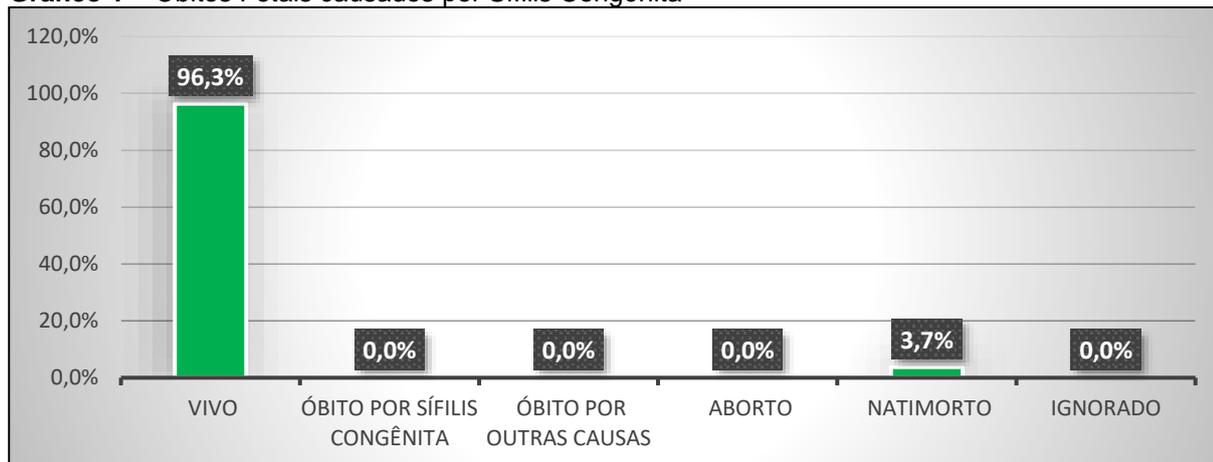
Para a realização da pesquisa foi assinado um termo de confidencialidade, sendo que este assegura o sigilo das informações da pesquisa. O termo segue as exigências formais contidas na resolução 466/12 e 510/16, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 2015 e 2016 foram notificados 27 casos de gestantes com sífilis no município de Criciúma, sendo utilizados para estudo os casos notificados no SINAN e dados contidos no prontuário eletrônico dos pacientes.

No primeiro gráfico é verificado o número de óbitos fetais e natimorto por sífilis neonatal.

Gráfico 1 – Óbitos Fetais causados por Sífilis Congênita



Fonte: Vigilância Epidemiológica, 2015-2016.

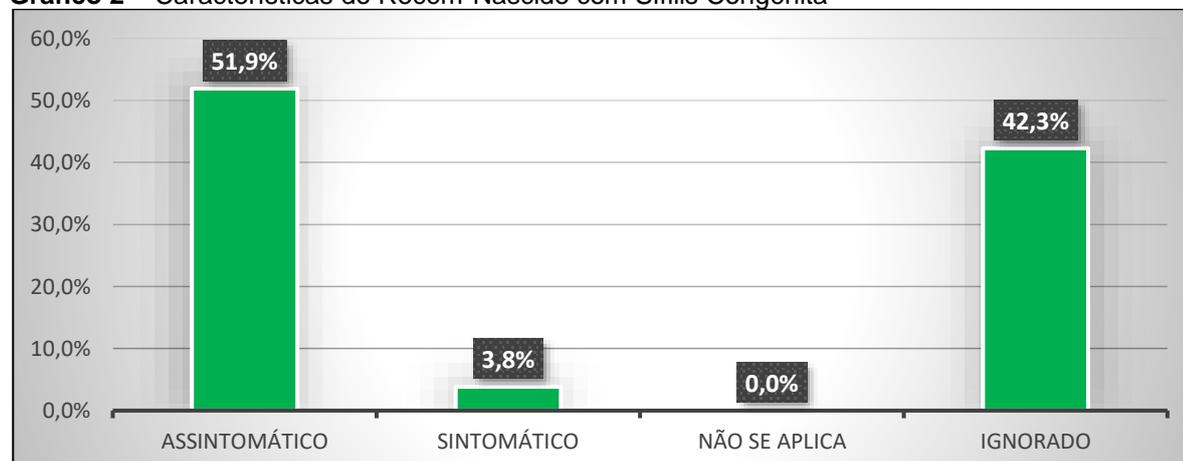
De acordo com os dados encontrados junto da Vigilância Epidemiológica do município de Criciúma/SC e com base nos dados do SINAN foi possível observar no gráfico um que entre os anos de 2015 e 2016 o percentual de recém-nascidos natimortos foi de 3,7% e vivos 96,3%.

Steer et al. (1989) em seus estudos traz que cerca de 15% do total das gestantes apresentam abortos espontâneos no primeiro trimestre da gravidez e, para gestantes com sífilis, estima-se que as perdas sejam maiores.

Temmerman et al. (1992) demonstraram, em estudo caso-controle, uma associação entre aborto espontâneo e sorologia materna reativa para sífilis, com um risco 4,3 vezes maior de ocorrência de abortamento nas mulheres com sífilis, mesmo controlando para outros fatores. Resultados diferentes foram mostrados por Labbe et al. (2002) na Guiné- Bissau, em estudo caso-controle, demonstrando forte associação de sorologia positiva para sífilis com natimortalidade e parto prematuro, porém, não com abortamento espontâneo.

No segundo gráfico são verificadas as características dos Recém-Nascidos com Sífilis Congênita.

Gráfico 2 – Características do Recém-Nascido com Sífilis Congênita



Fonte: Vigilância Epidemiológica, 2015-2016.

Destes 96,3% nascidos vivos e diagnosticados com Sífilis Congênita, 51,9% foram caracterizados assintomáticos 3,8% sintomáticos e 42,3% não foi identificada nenhuma característica, registrando como ignorados, conforme mostra o gráfico dois.

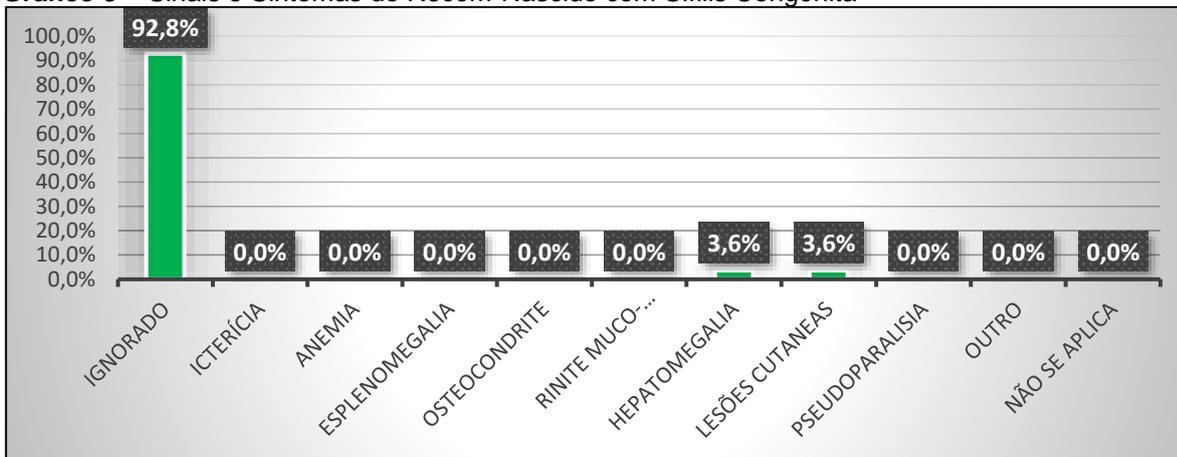
Estudos de Magalhães et al. (2013), trazem que entre cinquenta recém-nascidos, 3 (6%) apresentaram ao nascimento sinais clínicos de infecção congênita por sífilis, o que podemos comparar com nossa pesquisa, onde 51,9% foram caracterizados com assintomáticos, ou seja, não apresentaram características de sífilis.

Nos estudos de Domingues et al. (2013), quatro recém-nascidos eram assintomáticos ao nascimento e não havia registro do diagnóstico clínico ou de sinais e sintomas da doença na ficha de investigação em sete casos.

A maioria das fichas de notificação de sífilis em gestantes e seus Recém Nascidos estavam incompletos, não contendo na maioria dados importantes como o tratamento das gestantes e características dos recém-nascidos, deve-se realizar um treinamento para que sejam sempre preenchidas corretamente as fichas de notificação, para que futuramente possa colaborar com os dados epidemiológicos, podendo melhorar os resultados.

No terceiro gráfico podem-se observar os sinais e sintomas dos Recém-Nascidos com sífilis congênita.

Gráfico 3 – Sinais e Sintomas do Recém-Nascido com Sífilis Congênita



Fonte: Vigilância Epidemiológica, 2015-2016.

O gráfico três traz os principais sinais e sintomas relatados entre os recém-nascidos com Sífilis Congênita, como apresentado acima 92,8% dos dados não constavam os sinais ou sintomas, sendo registrados como ignorados, 3,6% apresentaram hepatomegalia e outros 3,6% apresentaram lesões cutâneas.

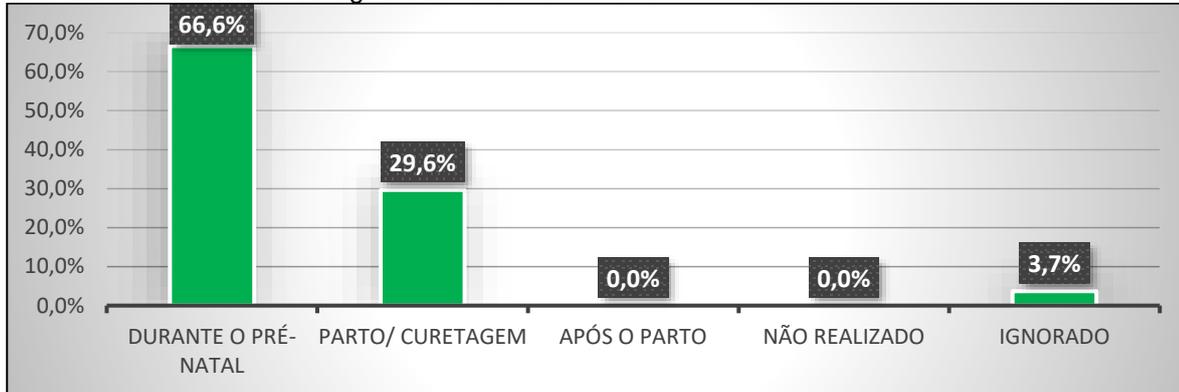
Sobre o número de casos notificados de sífilis congênita, cabe esclarecer que o Brasil adotava um modelo sensível. O critério de definição de casos englobava praticamente todas as crianças que nasciam de mães que houvessem sido diagnosticadas com a doença, mesmo que a gestante tivesse sido tratada, por falta de informações de tratamento de seus parceiros (BRASIL, 2015a).

Quando realizada a coleta de dados, todas as pacientes constavam em um

prontuário eletrônico onde estava descrito se haviam realizado ou não seus tratamentos, destes prontuários a maioria estava incompleto, ou seja, observamos que apenas uma pequena parcela havia realizado o tratamento. É necessário que seja sempre notificado todos os tratamentos realizados no prontuário, para que haja um melhor controle da sífilis.

No gráfico quatro verificamos o momento de diagnóstico de sífilis materna.

Gráfico 4 – Momento de Diagnóstico de Sífilis Materna



Fonte: Vigilância Epidemiológica, 2015-2016.

No quarto gráfico apresentamos os dados referentes ao momento do diagnóstico de Sífilis Materna, 66,6% das mulheres foram diagnosticadas ainda no pré-natal, 29,6% foram diagnosticadas somente no parto ou na curetagem e apenas 3,7% não foram encontrados nenhuma característica, registrando como ignorado.

Comparando os nossos resultados com o estudo de Saraceni e Leal (2003), nesse estudo todos os casos confirmados e mesmo nas que tiveram o diagnóstico próximo ao parto, foi maior o percentual de identificação prévia da doença. Da mesma forma, a positividade do VDRL no momento do parto foi significativamente menor, refletindo a eficácia do tratamento.

No gráfico cinco verificamos a realização de pré-natal durante a gestação.

Gráfico 5 – Realização de Pré-Natal na Gestação



Fonte: Vigilância Epidemiológica, 2015-2016.

De acordo com o quinto gráfico, dos dados obtidos a partir da pesquisa realizada

na Vigilância Epidemiológica do município pode-se observar que 92,6% das gestantes realizaram o pré-natal durante a gestação e apenas 7,4% não realizaram o pré-natal.

Em relação ao acesso ao pré-natal, segundo dados do Ministério da Saúde em 2015, 78,4% das mães de crianças com sífilis congênita fizeram pré-natal, enquanto 15,0% não fizeram, e 6,7% apresentaram informação ignorada. Entre aquelas que fizeram o pré-natal, 51,4% tiveram diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, 34,6% no momento do parto/curetagem, 8,3% após o parto e 0,6% não tiveram diagnóstico, além de 5,1% constarem como ignorados. Com relação ao esquema de tratamento da gestante, 56,5% receberam tratamento inadequado, 27,3% não receberam tratamento, e apenas 4,1% receberam tratamento adequado (BRASIL, 2016).

Os achados, corroborando com os dados de Camargo e Coeli (2000), permitem inferir sobre a maneira como profissionais de saúde se comportam frente ao preenchimento de instrumentos de notificação, levando em consideração a importância creditada a determinado evento ou situação pelo médico assistente, que pode registrar ou não certos dados. A ficha de notificação de Sífilis Congênita, como as demais fichas que compõem o sistema de vigilância epidemiológica, tem instrução para preenchimento em anexo, que pode não estar sendo suficiente para esclarecer sobre o correto preenchimento da mesma.

Os benefícios do tratamento para sífilis se estendem para a redução da morbidade e da mortalidade relacionadas à sífilis nos recém-nascidos. As reduções dos índices de prematuridade, natimortalidade e neomortalidade foram significativas no grupo captado (SARACENI; LEAL, 2003), o que corrobora com nosso estudo, onde foi observada uma pequena taxa de natimortos. Embora a sífilis seja uma doença para a qual existem recursos diagnósticos e terapêuticos simples e de baixo custo, seu controle na gestação mostra-se um desafio para profissionais de saúde e gestores. Isso em decorrência do curto intervalo da gestação para a realização do seu diagnóstico e tratamento; pela dificuldade de abordagem das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente durante a gestação; e provavelmente pelo desconhecimento da magnitude desse agravo e dos danos que ele pode causar à saúde da mulher e do bebê pela população e pelos profissionais de saúde (DOMINGUES et al., 2013).

A maior prevalência de sífilis na gestação em mulheres de baixa condição socioeconômica, com antecedentes obstétricos de risco e pior acesso a serviços de saúde, indica a maior vulnerabilidade social e reprodutiva dessas mulheres que tornam mais complexo o desafio de controle da sífilis nessa população (DOMINGUES et al., 2013).

Em 2014, um dos critérios de definição de casos foi alterado: a ausência de informação de tratamento do parceiro sexual da mãe deixa de ser um dos critérios de notificação de sífilis congênita, mantendo-se apenas os casos de parceiro(s) com sífilis sabidamente não tratada (BRASIL, 2015a).

Estratégias inovadoras são necessárias, visando: à captação precoce das gestantes para o início da assistência pré-natal no primeiro trimestre gestacional; à garantia do diagnóstico da doença durante a gestação no menor prazo possível, permitindo o

tratamento antes da 24^a à 28^a semana gestacional, quando é mais efetivo para o feto; e ao manejo clínico adequado da gestante e seu(s) parceiro(s), incluindo o aconselhamento sobre a doença e formas de prevenção. Assim, poderá haver aumento da adesão ao tratamento e redução da vulnerabilidade das mulheres e seus parceiros às ISTs (BLENCOWE et al., 2011).

A ampliação da notificação dos casos de sífilis na gestação no SINAN, a busca sistemática de casos de sífilis congênita em todos os sistemas de informação e a melhoria do preenchimento das fichas de notificação e investigação são fundamentais para o melhor controle da doença (DOMINGUES et al., 2013).

Para mudar essa situação, o Departamento tem envidado esforços tais como: articulação com o Conselho Federal de Enfermagem, no sentido de sensibilizar os profissionais de enfermagem para a aplicação da penicilina durante o pré-natal; elaboração do Caderno de Boas Práticas de Sífilis; disponibilização do Protocolo de Investigação de Transmissão Vertical; articulação com o Conass e com o Conasems; elaboração do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis; interlocução com os laboratórios fabricantes da penicilina e com a ANVISA para solução dos problemas de desabastecimento. Essas estratégias têm-se mostrado adequadas e apontam que o Brasil caminha para o alcance de dupla eliminação da transmissão vertical do HIV e sífilis (BRASIL, 2015b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa ao traçar o perfil epidemiológico da sífilis congênita no município de Criciúma, constatou-se os óbitos fetais causados por sífilis congênita entre os anos de 2015 e 2016 encontrou-se um percentual de recém-nascidos natimortos de 3,7% e vivos 96,3%.

As Características do RN com Sífilis Congênita deu-se 96,3% nascidos vivos e diagnosticados com Sífilis Congênita, 51,9% foram caracterizados assintomáticos, 3,8% sintomáticos e 42,3% não foi identificado nenhuma característica, sendo registrados como ignorados.

Quanto aos sinais e sintomas dos RN com sífilis congênita, 92,8% dos dados não constavam os sinais ou sintomas e foram registrados como ignorados, sendo 3,6% apresentaram hepatomegalia e 3,6% lesões cutâneas.

No que diz respeito ao diagnóstico da sífilis materna 66,6% das mulheres pesquisadas foram diagnosticadas ainda no pré-natal, sendo 29,6% diagnosticadas somente no parto ou na curetagem e apenas 3,7% não foram encontradas nenhuma característica, registrando como ignorado.

Para tanto, conclui-se que a realização de pré-natal foi realizado por 92,6% das gestantes e apenas 7,4% não realizaram o consultas de pré-natal. Os resultados deste estudo permitiu analisar o perfil da Sífilis Congênita e com isso evidenciou se que os

objetivos da pesquisa foram alcançados.

A presente pesquisa mostra ainda dados que a incidência de sífilis congênita tem aumentado no Brasil, com mortalidade perinatal relevante e não há nenhuma expectativa de controle, mantendo-se as mesmas estratégias fracassadas das últimas décadas. Talvez a atualização dos conhecimentos técnicos, imposta pelas novas propostas para diagnóstico da sífilis, e a responsabilidade de realização do teste rápido nas unidades de saúde nos casos indicados exijam maior compromisso dos serviços e dos profissionais no controle da infecção congênita. A melhor estratégia é enfrentar este problema do passado com armas do futuro, que acaba de virar presente nas recomendações técnicas de diagnóstico da sífilis.

De acordo com a Portaria nº3161 de 27 de Dezembro de 2011 do Ministério da Saúde, o tratamento com penicilina em gestantes deve ser iniciado sem nenhuma hesitação por parte da equipe de saúde, podendo ser aplicado também nas unidades básicas de saúde e não só no âmbito hospitalar, as prescrições de penicilinas devem seguir os protocolos vigentes e o Formulário Terapêutico Nacional e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). O fornecimento da penicilina benzatina às unidades de saúde deve ser garantido e ininterrupto; caso haja problemas no abastecimento, a sua utilização para o tratamento de gestantes com sífilis deve ser priorizado (BRASIL, 2015b).

Para promover a melhoria dos casos de sífilis, os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, devem participar ativamente na realização de atividades de educação em saúde que abordem e incentivem as formas de prevenção da doença, realizando todo o fluxo de ações preconizado pelo Ministério da Saúde, desde o diagnóstico precoce de sífilis em mulheres em idade reprodutiva até a notificação de todos os casos de sífilis congênita.

Segundo resoluções do Ministério da Saúde em 2014 (BRASIL, 2015c), por meio da Secretaria de Atenção a Saúde (SAS) e da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) recomenda às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS), que adotem medidas que facilitem o acesso dos usuários do SUS ao diagnóstico da sífilis por meio dos testes rápido, sobretudo para as gestantes e seu parceiro, tais como:

- Ofertar teste rápido para sífilis em todas as Unidades Básicas de Saúde;
- Proporcionar as articulações e medidas locais necessárias que garantem a logística (acondicionamento, distribuição e transporte) e a execução do teste rápido nas UBS, com qualidade e confiabilidade;
- Avaliar a capacidade instalada laboratorial para a realização de exames complementares e de monitoramento do tratamento e de cura, com capacidade de entrega dos resultados, em até 7 dias;
- Planejar as capacitações em rede num processo de educação permanente;
- Utilizar os sistemas de Informação para registro da realização dos testes rápidos como SISPRENATAL WEB.

Ainda que a sífilis seja uma patologia conhecida há séculos e que tenha agente etiológico bem definido, de fácil detecção, tratamento de baixo custo e cem por cento eficazes, ainda assim é considerado um grave problema de saúde pública que vem aumentando drasticamente principalmente no grupo de gestantes e 33 neonato. Estes dados instigam não só os gestores de saúde, mas também toda a humanidade, sendo, portanto difícil de ser eliminada. Apesar de grave, a sífilis é uma doença curável e não deixa sequelas, quando diagnosticada no início e tratada de forma ajustada, com acompanhamento de uma equipe qualificada que utilize de normas que visem o rastreio sistemático e a terapêutica adequada nas Unidades Básicas de Saúde; além de utilizar de ações de orientação sexual e de planejamento familiar na sua rotina de atendimento.

Os resultados reforçam que a redução da ocorrência da sífilis, somente será possível quando forem adotadas medidas mais efetivas de prevenção e controle. Neste contexto, são de suma importância o papel do enfermeiro na detecção da doença através da testagem rápida e acompanhamento do tratamento dos casos positivos.

Sugere-se ainda que mais pesquisas sejam realizadas sobre o tema para melhor delinear o perfil epidemiológico da sífilis congênita, disseminando conhecimentos a ponto de tornar o maior desafio na detecção precoce da sífilis materna e neonatal, o acompanhamento e tratamento uma realidade tangível e não longínqua.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Jacinta. Infecções sexualmente transmissíveis. **30 Anos da Revista**, 2008

BLENCOWE, Hannah et al. Lives Saved Tool supplement detection and treatment of syphilis in pregnancy to reduce syphilis related stillbirths and neonatal mortality. **BMC public health**, v. 11, n. 3, p. S9, 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde - departamento de dst, aids e hepatites virais. **Boletim epidemiológico – sífilis 2015a**, ano iv- nº 1.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Caderno de boas práticas: o uso da penicilina na Atenção Básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.** – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015c.

_____. Ministério da saúde. **Secretaria de vigilância em saúde - departamento de dst, aids e hepatites virais.** Boletim epidemiológico – sífilis 2016, ano v- nº 35.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso/**

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 8. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 448 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Protocolo para prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso**. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 190 p. 35.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Diretrizes para controle da sífilis congênita: manual de bolso** /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST/Aids. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**, Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso.pdf>>. Acesso em 12/11/2017.

CARRARA, Sérgio. Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40. **SciELO-Editora FIOCRUZ**, 1996.

CAMARGO JR, Kenneth R. de; COELI, Cláudia M. Reclink: an application for database linkage implementing the probabilistic record linkage method. **Cadernos de saúde pública**, v. 16, n. 2, p. 439-447, 2000.

DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira et al. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 147-157, 2013.

LABBE, Annie-Claude et al. The impact of syphilis, HIV-1, and HIV-2 on pregnancy outcome in Bissau, Guinea-Bissau. **Sexually transmitted diseases**, v. 29, n. 3, p. 157-167, 2002.

LORENZI, Dino Roberto Soares; FIAMINGHI, Luciane Carvalho; ARTICO, Graziela Rech. Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento. **Femina**, p. 83-90, 2009.

MAGALHÃES, Daniela Mendes dos Santos et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 1109-1120, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o vírus da imunodeficiência humana**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

SARACENI, Valéria; LEAL, Maria do Carmo. Avaliação da efetividade das campanhas para eliminação da sífilis congênita na redução da morbi-mortalidade perinatal. Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1341-9, 2003.

SARACENI, Valéria et al. Perinatal mortality due to congenital syphilis: a quality-of-care indicator for women's and children's healthcare. **Cadernos de saúde pública**, v. 21, n. 4, p. 1244-1250, 2005.

STEER, Christopher et al. Spontaneous abortion rates after natural and assisted

conception. **BMJ: British Medical Journal**, v. 299, n. 6711, p. 1317, 1989.

VALDEMARRA, Julia et al. Maternal syphilis and congenital syphilis in Latin America: big problem, simple solution. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 16, n. 3, p. 209-210, 2004.

TEMMERMAN, Marleen et al. Rapid increase of both HIV-1 infection and syphilis among pregnant women in Nairobi, Kenya. **Aids**, v. 6, n. 10, p. 1181-1186, 1992.

TRIDAPALLI, Elisabetta et al. Congenital syphilis in Italy: a multicentre study. **Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition**, v. 97, n. 3, p. F211-F213, 2012.

PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DAS ATIVIDADES EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Daniela Santos¹
Pâmela Scarlatt Durães Oliveira²
Adriana Barbosa Rodrigues³
Sérgio Vinicius Cardoso de Miranda⁴

Recebido em: 31 jan. 2018

Aceito em: 10 nov. 2018

RESUMO: Objetivo: Buscou-se com o presente trabalho conhecer a percepção do enfermeiro acerca das atividades em Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família. Método: Estudo com abordagem qualitativa, com enfermeiros atuantes em Estratégias Saúde da Família localizadas no município de Montes Claros, Minas Gerais, realizado no mês de setembro de 2016, com aplicação de um questionário semi-estruturado com seis perguntas norteadoras. Resultados: A análise de dados possibilitou a construção de três categorias centrais, a saber: Objetivos e prática da educação em saúde, Estratégia Saúde da Família: porta de entrada e Aspectos facilitadores e dificultadores da educação em saúde. Conclusão: Compreende-se que a Educação em Saúde representa ferramenta ímpar e sempre inovadora no campo da saúde para transformar a vida das pessoas e o processo saúde-doença do indivíduo e comunidade.

Palavras-chave: Educação em saúde. Estratégia Saúde da Família. Enfermeiro.

NURSES' PERCEPTION ABOUT ACTIVITIES IN HEALTH EDUCATION IN FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT: Objective: The aim of this work was to know the nurse's perception about the activities in Health Education in the Family Health Strategy. Method: A qualitative study with nurses working in Family Health Strategies located in the city of Montes Claros, Minas Gerais, Brazil, in September 2016, with the application of a semi-structured questionnaire with six guiding questions. Results: The data analysis allowed the construction of three central categories, namely: Objectives and practice of health education, Family Health Strategy: gateway and aspects of facilitating and hindering health education. Conclusion: It is understood that Health Education represents a unique and always innovative tool in the field of health to transform people's lives and the health-disease process of the individual and community.

Keywords: Health Education. Family Health Strategy. Nurse.

¹Enfermeira. Especialista em Saúde Pública, Faculdades Unidas do Norte de Minas. Email: danytcc18@hotmail.com.

²Mestranda em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros, Especialista em Saúde da Família na modalidade Residência, Unimontes. Email: pamela-scarlatt@bol.com.br.

³Acadêmica de Odontologia, Universidade Estadual de Montes Claros. Email: adrianabarbosarodrigues22@gmail.com.

⁴Doutorando em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros. Mestre em Saúde Pública pela FIOCRUZ/ENSP, Rio de Janeiro. Email: sergioenfermagem@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

Em pauta nos últimos anos, a promoção da saúde tem sido um dos assuntos mais discutidos nos variados contextos da produção do conhecimento e das práticas de saúde. Tal tema tem permeado diversos ambientes em âmbito nacional e internacional, afirmando o conceito ampliado de saúde (AGUIAR et al., 2012). O ideal de se estruturar um modelo de atenção como a Saúde da Família baseia-se em diversos princípios e, entre estes, um dos mais relevantes: a ação da equipe juntamente aos mais comuns problemas de saúde da população (MORETTI-PIRES et al., 2011).

Educação em saúde representa uma temática complexa para sua prática, razão das diversas questões que a compreendem: política, filosófica, social, religiosa, cultural, além de relacionar-se aspectos práticos e teóricos da pessoa, grupo, comunidade e sociedade. Também, envolve o processo saúde-doença nas duas faces dessa ação na saúde, se faz requerida para sua manutenção ou para evitar e/ou atenuar presença de doença, torna-se fundamental para trazer qualidade de vida à pessoa e/ou retardar as complicações do processo de adoecimento (SALCI et al., 2013).

De forma sintética, pode-se afirmar que a dimensão educativa reflete-se em diferentes atividades: no ensino de enfermagem praticado em instituições de ensino profissionalizante e universitário; na educação permanente do corpo de enfermagem e nas ações educativas produzidas na assistência de enfermagem aos usuários dos serviços de saúde, em atividades individuais ou em grupo, dentro dos serviços e na comunidade (LEONELLO, OLIVEIRA, 2010).

Tem-se como ideal que os diagnósticos das carências de Educação em Saúde da população surjam através da observação sistematizada dos hábitos e estilo de vida dos indivíduos, e que as intervenções ao serem planejadas, levem em questão os determinantes do processo saúde/doença, objetivando surtir realmente efeitos positivos nas condições de vida das pessoas, família e comunidade (GAZZINELLI et al., 2013).

O profissional Enfermeiro que atua na Estratégia Saúde da Família (ESF) necessita antes de tudo ter ciência da população adscrita da sua área de abrangência, e isto ocorre através da observação dos indivíduos na ocasião do atendimento, seja na própria unidade ou na residência. Assim, por meio das observações, do levantamento do perfil demográfico, social e epidemiológico, além de diálogos com os sujeitos que integram a comunidade, o Enfermeiro em conjunto com a sua equipe será capaz de reconhecer as carências da população e assim listar as prioridades educativas (ROECKER, BUDÓ e MARCON, 2012).

Os profissionais de saúde ainda mantêm o foco na atenção curativa, individual, centralizada na doença, com certo desconhecimento do contexto e da realidade sociocultural das famílias. Isto significa dizer que a atenção básica deveria trabalhar o conceito saúde nas diversas abordagens de sua visão biopsicossocial (MORETTI-PIRES et al., 2011).

Sendo a educação em saúde uma estratégia de alto impacto e relevância para o

processo saúde doença dos indivíduos, conhecer a percepção dos profissionais que a desempenham, em especial o enfermeiros, que tem sua práxis mais próxima dos indivíduos, se faz importante na medida em que possibilita subsídios para o aperfeiçoamento do processo de construir e viabilizar a educação em saúde. Assim, esse estudo possui como objetivo conhecer a percepção do enfermeiro acerca das atividades em Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família.

METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, realizado com enfermeiros atuantes em Estratégias Saúde da Família, localizadas no município de Montes Claros-MG. O estudo foi desenvolvido no mês de setembro de 2016.

Os sujeitos integrantes da pesquisa foram onze enfermeiros. Os critérios de inclusão para seleção dos participantes foram: enfermeiros que concordarem em assinar o Termo de Consentimento e que estavam em condições de fluxo de serviço para responder a entrevista. Os critérios de exclusão foram déficit cognitivo que atrapalhasse a interpretação das questões, estar de férias ou licença nos dias de aplicação do questionário.

Para produção dos dados foi utilizado um instrumento com uma estrutura temática: um roteiro semi-estruturado, elaborado pelas autoras. Aspirando a que os sujeitos revelassem suas experiências referentes à educação em saúde, foram aplicadas seis questões norteadoras: 1) Para você quais os objetivos das atividades de educação em saúde? 2) Como você entende a prática de educação em saúde na estratégia saúde da família? 3) Qual a sua avaliação em relação a sua prática de educação em saúde? 4) Aponte processos facilitadores e dificultadores na prática de educação em saúde. 5) Aponte processos facilitadores e dificultadores na prática de educação em saúde e 6) Você acredita que a educação em saúde é a principal estratégia para melhorar a qualidade da saúde na estratégia saúde da família? Por quê?

As entrevistas foram realizadas, individualmente, no consultório médico ou de enfermagem. As entrevistas foram transcritas no momento da entrevista, com duração variando de 30 a 40 minutos. As observações não estruturadas, elementos significativos para a interpretação dos depoimentos, tais como, gestos, sinais corporais, alterações de tom de voz também foram consideradas na coleta de dados, registradas em um caderno intitulado diário de campo.

O término da coleta de dados foi estabelecido no decorrer das entrevistas, quando as falas começaram a ser repetir, caracterizando a saturação teórica (FONTANELLA, JANETE e TURATO, 2008). Visando à obtenção de maior fidedignidade, as entrevistas foram transcritas na íntegra e posteriormente analisadas, sob a visão da análise de conteúdo.

Para facilitar a análise e discussão dos dados, os mesmos foram organizados em categorias, sendo utilizada a técnica de análise de conteúdo temática centrada nas

premissas de organização, codificação, categorização e inferências de Bardin (2009). Os enfermeiros foram representadas pela letra E (de enfermeiros) e a numeração arábica determinou um código de sequência, atribuído pelas pesquisadoras, garantindo assim, o anonimato dos sujeitos, assegurando-lhes o sigilo de suas identidades.

O desenvolvimento do estudo respeitou as normas nacionais (BRASIL, 2012) de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Soebras, sob o parecer consubstanciado nº. 815.532. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, a garantia do sigilo e anonimato das respostas e assinaram, voluntariamente, o TCLE, em duas vias, para participação na pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CATEGORIA A: OBJETIVOS E PRÁTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Educação em Saúde é uma estratégia metodológica que deve ser usada como uma ferramenta de intervenção, visto que fornece conhecimento sobre o tema estabelecido e oferece interação entre as participantes por meio de ações educativas de preservação, proteção e recuperação da saúde, com objetivo de ampliar a qualidade de vida. Suas ações são realizadas em campanhas, palestras, projetos e oficinas, com finalidade de reforçar práticas educativas para a prevenção de doenças e aquisição de posturas saudáveis (FONSECA et al., 2012; CASTRO, et al., 2012).

O discurso seguinte, alerta para um fator chave no processo de elaboração, vinculação e execução da educação em saúde aos usuários; o “contexto” da população “assistida”, definida como população adscrita (BRASIL, 2012), pois para que o processo de educação em saúde alcance seu objetivo principal de melhorar a vida das pessoas, deve haver conhecimento dessas pessoas para promover a elas o cuidado holístico:

[...] a educação em saúde tem que ser feita de acordo com a realidade daquela comunidade, se tem uma comunidade que tem uma grande quantidade de hipertensos a gente vai fazer uma educação em saúde forte em cima de tratamentos. (E1)

Porque se eu for lá só pra fazer minha educação em saúde, só fazer minha palestra não vai adiantar nada entendeu? Eu preciso buscar quem estar realmente necessitado do problema pra sanar aquele problema. (E6)

Para implantar a Educação em Saúde no processo de saúde/doença e para construir uma prática educativa resolutive, é indispensável ter ciência da realidade das pessoas com os quais se deseja produzir uma ação educativa, bem como suas potencialidades e suscetibilidades de maneira completa. Dessa forma, a Educação em Saúde pode e deve se adaptada ao contexto, aos interesses e aos conhecimentos já construídos de cada indivíduo (ROECKER, BUDÓ E MARCON, 2012).

Para atuar em uma determinada função, sabe-se que é preciso ter ciência das suas atribuições e o contexto do seu trabalho. Nesse caso, os Enfermeiros acreditam que, se acontecer à mudança na ótica dos gestores, se estes passarem a entenderem os propósitos e o contexto da ESF em cada local, haverá uma mudança na destinação dos recursos, melhorando, assim, as condições de trabalho de toda a equipe, sobretudo, no que diz respeito ao desenvolvimento da Educação em Saúde.

O profissional Enfermeiro necessita ter ciência das limitações sobre a prática educativa na Estratégia Saúde da Família (ESF) e através delas buscar estratégias para superá-las, de maneira a desenvolver essa ação, que não deve ser tida apenas como uma atividade a mais a ser feita nos serviços de saúde, mas essencialmente como prática que baseia e reorienta toda a Atenção Primária à Saúde (ROECKER, BUDÓ e MARCON, 2012).

Os profissionais de saúde ainda mantêm o foco na atenção curativa, individual, centralizada na doença, com certo desconhecimento do contexto e da realidade sociocultural das famílias. Isto significa dizer que a atenção básica deveria trabalhar o conceito saúde nas diversas abordagens de sua visão biopsicossocial (MORETTI-PIRES et al., 2011).

Os objetivos da educação em saúde são apresentados pelos enfermeiros:

A população passa a ter conhecimento dos temas discutidos e fica mais por dentro do assunto. (E3)

[...] como a ferramenta fundamental para o funcionamento e aprimoramento do profissional de saúde, uma qualificação. (E2)

[...] a gente demonstra para o paciente, tudo que pode acontecer se não houver uma prevenção, uma doença mais grave, uma dificuldade que ele pode ter lá na frente, como hipertensão, diabéticos que é mais grave. (E7)

Prática importante que visa orientar a comunidade assistida da ESF, para melhorar a qualidade de vida. (E8)

É um meio de criar vínculo com a comunidade e de trocar experiências né e informando como prevenir doenças. (E9)

[...] na medida em que você coloca o paciente, o usuário responsável ou co-responsável pela sua saúde. A partir do momento que você faz um grupo de gestante, que você faz orientação sobre alimentação, sobre pré-natal, sobre importância da amamentação, você coloca aquela pessoa com co-responsável. (E10)

Orientar e aprimorar os conhecimentos da população. (E11)

A educação em saúde consiste no campo de teorias e práticas que se abrange os elos entre o conhecimento e os processos de saúde e doença das pessoas e do coletivo. Essa formação de conhecimento é transversalizada por um possível diálogo envolvendo o saber instituído, estruturado pela produção científica e passível a uma revisão permanente, e o senso comum, resultado da vivência rotineira e encarado a partir das relações perceptivas e afetivas, de significados próprios. Em tal processo, os indivíduos acabam construindo, numa interface entre o individual e o geral, conhecimentos que são específicos e partilhados, nos quais o fazer, a ação, tem papel preponderante (GAZZINELLI et al.,

2013).

Os discursos seguintes definem a ação da própria pessoa em relação as suas potencialidades no que tange autocuidado e a da sua família:

Acredito que o principal objetivo seja sensibilizar a população quanto aos recursos que eles mesmos podem ter que a unidade pode ofertar para que ele garanta maior promoção e saúde para sua vida, sua família. (E3)

Eu entendo que a prática é fundamental, principalmente por que a gente estar inserido na atenção primária, que tem como foco na promoção da saúde e prevenção de doenças que é atuar na quebra ciclo saúde-doença, de alguma forma está atuando, possibilitando ao indivíduo que ele mesmo atua na quebra do seu ciclo de saúde-doença. (E5)

Entendo que a prática deve estar acompanhada de um conjunto de ações que deveria terminar com a restauração da saúde do paciente, ações estas que não depende só do profissional de saúde. (E6)

O autocuidado possui papel essencial nesse processo por ser uma prática exercida pelo sujeito para o seu benefício próprio, possibilitando a manutenção do seu bem-estar e qualidade de vida (MARQUES et al., 2009).

Essa interface de educação considera a ação educativa como uma prática dialogada e participativa que aspira a mudança da realidade de saúde dos indivíduos e grupos sociais assistidos. Nessa perspectiva, nota-se uma forte relação com o princípio de integralidade preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (LEONELLO, OLIVEIRA, 2010). Para que os sujeitos apreendam as orientações e ajam conjuntamente com a equipe no planejamento das ações, é necessário que eles tenham uma compreensão efetiva referente ao conhecimento partilhado, a fim de entender o porquê das ações educativas (ROECKER, BUDÓ E MARCON, 2012).

Na prática da Estratégia Saúde da Família existem grupos mais comuns formados, que em muitas vezes norteiam “grupos prioritários” para ações de educação em saúde:

[...] principalmente o paciente com condições mais crônicas, saúde, hipertensão, diabéticos, gestantes, mães com crianças pequenas. (E2)

Conscientizar um grupo específico da sua condição, os grupos específicos que a gente tem que são os que mais funcionam, os de HIPERDIA, de gestantes, são grupos específicos de sua condição de saúde a gestantes ela na condição dela, o hipertenso, diabético afim de promover uma melhor qualidade de vida e a gente percebe uma maior adesão dos pacientes aos tratamentos, quando eles vem ao grupo, escuta o que a gente tem para dizer, a gente percebe uma mudança na qualidade de vida deles, quando eles são frequentes. (E4)

[...], por exemplo, um grupo de gestantes, de adolescentes, numa fase de vida, então sempre tentando orientar as pessoas nessa condição em que ela se encontra. (E4)

Entretanto, não pode deixar de lado os outros grupos de pacientes:

A educação em saúde se faz semanalmente através de grupos de HIPERDIA, e nós também fazemos mensalmente grupos de gestantes, o planejamento familiar, grupo de saúde mental, e a gente faz educação em saúde também com as nossas crianças, no CD (crescimento e desenvolvimento), nas consultas de pré-natal com as gestantes a gente faz educação em saúde, do hipertenso, para todas essas demandas a gente faz educação

em saúde para o usuário. (E1)

Os próximos discursos evidenciam a abrangência da educação em saúde na vida do indivíduo e comunidade-população, relacionam-se as seguintes palavras/expressões significativas; promoção, prevenção, sensibilização, população, saúde, melhora, autocuidado, vínculo, informação, fatores determinantes, equipe multidisciplinar, acesso, assistência, necessidades, realidade:

Os principais objetivos são a promoção de saúde, que de alguma forma atua na quebra daquela doença, prevenção da doença, sensibilização da população acerca das condições de saúde, para que ela possa melhorar ao dar de si, estímulo do autocuidado e também a aproximação com a população e criação de vínculos, além de informar a população acerca dos fatores determinantes em saúde e sobre sua condição de saúde. (E5)

O primeiro objetivo é orientar a população acerca da sua saúde, segundo diminuir a distância entre a população e a equipe da saúde multidisciplinar, que a educação em saúde tem vários profissionais que estão ali envolvidos com o processo de saúde. Terceiro, facilitar o acesso da população a informação que é importantíssimo, porque quando você tem informação, você consegue prevenir doenças e, quarto, é assistir a população nas suas necessidades em saúde de um modo geral né, não só contanto os números mais assistindo mesmo a realidade do que eles processam. (E6)

A educação em saúde consiste no campo de teorias e práticas que se abrange os elos entre o conhecimento e os processos de saúde e doença das pessoas e do coletivo. Essa formação de conhecimento é transversalizada por um possível diálogo envolvendo o saber instituído, estruturado pela produção científica e passível a uma revisão permanente, e o senso comum, resultado da vivência rotineira e encarado a partir das relações perceptivas e afetivas, de significados próprios. Em tal processo, os indivíduos acabam construindo, numa interface entre o individual e o geral, conhecimentos que são específicos e partilhados, nos quais o fazer, a ação, tem papel preponderante (GAZZINELLI et al., 2013).

É relatado ainda pelo profissional a educação em saúde como multiplicadora de saberes na comunidade:

[...] o principal objetivo é você repassar informação da maneira mais acessível possível e de maneira que as pessoas que estão participando naquele momento possam replicar essa informação, [...] se você passar a informação da maneira adequada aquelas pessoas vão poder ser replicadoras daquela informação no seu meio. (E10)

Educação em saúde representa uma temática complexa para sua prática, razão das diversas questões que a compreendem: política, filosófica, social, religiosa, cultural, além de relacionar-se aspectos práticos e teóricos da pessoa, grupo, comunidade e sociedade. Também, envolve o processo saúde-doença nas duas faces dessa ação na saúde, se faz requerida para sua manutenção ou para evitar e/ou atenuar presença de doença, torna-se fundamental para trazer qualidade de vida à pessoa e/ou retardar as complicações do processo de adoecimento (SALCI et al., 2013).

CATEGORIA B: ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PORTA DE ENTRADA

Em pauta nos últimos anos, a promoção da saúde tem sido um dos assuntos mais discutidos nos variados contextos da produção do conhecimento e das práticas de saúde. Tal tema tem permeado diversos ambientes em âmbito nacional e internacional, afirmando o conceito ampliado de saúde (AGUIAR et al., 2012). A promoção de saúde relaciona-se as diretrizes do Sistema de Saúde brasileiro à medida que acarreta aos indivíduos melhor qualidade de vida e melhores condições de saúde.

A Estratégia Saúde da família é considerada como porta de entrada no sistema, e nela se desenvolve ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação de agravos e condições relacionados à saúde, assim traduzindo a Atenção Básica. Nesse contexto são citadas essas diretrizes pelo enfermeiro, como ser ponto preferencial de acesso e o conceito de responsabilização:

A educação em saúde na ESF se faz importante, pois ela é a porta de entrada de todos os usuários de determinada área descrita, que na verdade a ESF é responsável pela prevenção de agravos e doenças, que aquela família atendida possa desenvolver. (E1)

A ESF é a porta de entrada e a gente é responsável por todos aqueles pacientes que entram em nossa comunidade, com isso temos que levar informações para aquela família, aquele usuário, para que não ocorra o problema, não desenvolva o problema, porque a gente trabalha em cima, muito em cima da prevenção, para que esse paciente não chegar a um hospital, no serviço secundário, terciário, já barrar ele no serviço primário. (E3)

A Atenção Básica é desenvolvida com elevado grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida dos indivíduos, é representada pela Estratégia Saúde da Família. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. É orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica encara o sujeito em sua peculiaridade e inserção sócio-cultural, buscando produzir a atenção holística (BRASIL, 2011).

Nesse contexto de Atenção Básica e tendo em vista as peculiaridades da Estratégia Saúde da Família, afirma-se que a Educação em Saúde é uma das estratégias indispensáveis no processo de trabalho das equipes. Assim, pelo nível de compromisso e responsabilidade que se espera dos profissionais que formam as equipes de saúde da família, nível de participação requerida da comunidade na resolução dos problemas de saúde, entendimento ampliado do processo saúde/doença, humanização das ações e procura da qualidade da assistência na atenção primária, compreende-se que o modelo inclinado às práticas educativas corresponde ao trabalho mais pertinente para a realidade de atividades da Estratégia Saúde da Família (ROECKER, BUDÓ E MARCON, 2012).

Aliado os preceitos da Atenção básica a ferramenta educação em saúde, acarreta as mudanças positivas no processo saúde-doença das pessoas:

[...] a gente já pode ver alguns resultados, como por exemplo, no grupo de hipertensos, diabéticos, que não tomavam a medicação certa, passaram a tomar, não participavam,

não faziam atividades físicas, passaram a fazer alguma atividade física e lógico que essa avaliação ela é contínua, o resultado da educação e saúde não são vistos agora, e sim ao longo prazo, já que essa mudança de estilo de vida da população ocorre ao longo prazo e não fácil sensibilizar as pessoas. (E5)

Ao realizar as ações educativas os Enfermeiros esperam atingir os objetivos elencados, que os indivíduos valorizem o trabalho, participem ativamente das ações e entendam as orientações promovidas, identifiquem a relevância de cuidar da própria saúde e da comunidade de uma maneira geral, e que assim as ações possam auxiliar para a melhora nas condições de saúde de todos, e dessa forma minimizar a taxa de doenças, bem como, possibilitar os efeitos positivos e importantes na vida dos indivíduos através das ações educativas (GAZZINELLI et al., 2013).

CATEGORIA C: ASPECTOS FACILITADORES E DIFICULTADORES DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Educação em Saúde é uma estratégia metodológica que deve ser usada como uma ferramenta de intervenção, visto que fornece conhecimento sobre o tema estabelecido e oferece interação entre as participantes por meio de ações educativas de preservação, proteção e recuperação da saúde, com objetivo de ampliar a qualidade de vida. Suas ações são realizadas em campanhas, palestras, projetos e oficinas, com finalidade de reforçar práticas educativas para a prevenção de doenças e aquisição de posturas saudáveis (FONSECA et al., 2012; CASTRO et al., 2012).

Nessa categoria são relatados pelos enfermeiros os aspectos facilitadores para realização da educação em saúde, os termos significativos aqui se estruturam em: estrutura física, recursos multimídia e de áudio, interação, metodologias, compromisso, interesse, trabalho multidisciplinar e empenho.

Processos facilitadores são a boa estrutura física, recursos multimídia e áudio e a interação para o desenvolvimento das atividades. (E2)

Alguns recursos, áudios visuais, que a gente tem, facilita bastante esse processo, folder, folhetos, slides, o uso de metodologias mais ativas, quando você coloca o paciente para participar, para fazer alguma atividade. (E4)

Facilitadores: compromisso e interesse do profissional. (E6)

Os pontos facilitadores é o espaço físico, que a gente conta com esse espaço físico, que dá para acolher muita gente, a gente conta com o recurso também que é a televisão que fica na sala de reuniões, e que a gente pode usar, o empenho dos trabalhadores, das equipes que estão sempre envolvidas, sempre tentam convidar as pessoas. (E7)

É facilitador aqui é que a gente tem a nossa boa vontade de cuidar da população. (E8)

Repassar a orientação, para um número maior de pessoas uma única só vez de uma maneira mais fidedigna, lapidada. (E9)

A educação em saúde na prática sofre uma dicotomia, na medida em que é

realizada pelos profissionais de forma separada, o enfermeiro produz sua educação em saúde, o médico realiza a sua educação em saúde, e assim sucessivamente com os outros profissionais que compõe a equipe, nesse estudo evidenciou-se a estratégia multidisciplinar como facilitadora para o desenvolvimento da educação em saúde:

Como ponto positivo temos o trabalho multidisciplinar, onde todos os profissionais participam do grupo educação e saúde, onde nós temos a presença do médico, do enfermeiro, dentista, a gente tem a presença dos agentes onde eles contribuem para a saúde e segurança do grupo lá fora e também os participantes, que têm muito interesse. (E5)

Ao inserir no trabalho em uma equipe de Estratégia Saúde da Família, os profissionais precisam ter ciência da filosofia que determina o modelo assistencial e colocar em prática todas as atribuições que lhes dizem respeito. Mas, é sabido que todo o trabalho é resultado da formação de cada profissional e norteado também pelo perfil e comprometimento do mesmo (ROECKER, BUDÓ E MARCON, 2012).

Ao desenvolver Educação em Saúde, os enfermeiros atuantes na Estratégia Saúde da Família se deparam com barreiras, dentre as quais a principal é a resistência às transformações e aceitação ao novo modelo assistencial. Outro ponto relevante relatado pelos Enfermeiros e que acarreta limitações no desenvolvimento das ações educativas em saúde é a falta de recursos materiais, que são igualmente responsáveis por dificultar o trabalho educativo (ROECKER, BUDÓ E MARCON, 2012).

Os aspectos dificultadores apontados pelos enfermeiros para realização da educação em saúde são: o pouco tempo, a ausência de capacitação, dificultadores relacionados a espaço físico, recursos materiais, metodológicos, financeiros e adesão da comunidade.

Nosso tempo que é realmente muito curto, a gente tem várias outras atividades para desenvolver na unidade e falta um pouco de qualificação, de treinamentos com a gente mesmo, sobre alguns temas não só com a gente mais com os agentes, técnicos de enfermagem para falar sobre determinado assunto, que eles também podem realizar educação em saúde com os pacientes. (E4)

Os enfermeiros ressaltam que a existência de educação permanente e de cursos que estimulem os trabalhadores é uma estratégia para diminuir as dificuldades na produção da ação educativa e que, através deles, pode-se despertar o interesse nos profissionais em atuar a prevenção e a promoção da saúde dos usuários e suas famílias.

Da mesma forma, que uma construção profissional mais direcionada à Atenção Primária à Saúde e a ação educativa também influencia de maneira positiva tal comportamento.

Os enfermeiros afirmam que necessitam constantemente estar se atualizando, através de estudos, leituras, cursos, os quais poderiam ser oferecidos pelos órgãos responsáveis pela Estratégia Saúde da Família, como a Secretaria Municipal de Saúde, a Regional de Saúde e o Ministério da Saúde. Nessa perspectiva, nota-se que os Enfermeiros reconhecem a relevância da atualização estável e durável, pois acreditam que a formação

e a capacitação direcionam ao comprometimento profissional (ROECKER, BUDÓ E MARCON, 2012).

Outros dificultadores apresentados são:

Nós temos como ponto que dificulta a falta de estrutura, porque a maioria dos grupos nossos são realizados de baixo das árvores, então a gente não pode usar em data show, então faltam esse materiais de áudio visuais. (E5)

[...] dificultadores às vezes a gente tem uma dificuldade quanto à metodologia. (E7)

Dificultadores: pouca adesão da comunidade e falta de instrumentos educativos. (E8)

O local que minha estratégia esta localizada é de difícil acesso a uma certa área da minha unidade também, então pessoas mais idosas com dificuldade de se locomover ela não vai ter acesso a essa educação em saúde. (E9)

[...] a falta de apoio físico, instrumental e financeiro para realização das atividades. A baixa adesão da população também e a sobre carga de horários de nós enfermeiros também. (E10)

Na realidade da prática da educação em saúde dos enfermeiros e assim, a demonstração dos aspectos facilitadores e dificultadores surgem por parte dos enfermeiros à auto-avaliação:

[...] então, regular por que existem alguns fatores dificultadores. (E4)

Eu avalio como positivo, pelo tempo que nós começamos implantar os grupos, as atividades elas são sistematizadas, são programadas antes com objetivo, cronogramas [...]. (E5)

Eu avalio como deficiente, porque de muitos aspectos, depende de outros órgãos, para complementar as ações de saúde. (E6)

Acredito que seja razoável devido haver pouca adesão da comunidade ao aos grupos operativos. (E8)

A princípio a gente tinha uma adesão muito grande nos grupos, a população aparecia mais, hoje eu percebo que a população tem comparecido menos aos grupos e não importa em que estratégia, que o que você vai usar para chamar a atenção deles para estarem participando dos grupos [...]. (E10)

Muito boa, a gente vê surgir efeitos a nossa educação em saúde. (E11)

Dessa maneira, faz-se necessário compreender o profissional de enfermagem como um ator político-social, ou seja, um agente no processo de transformação social. Acredita-se que, através da educação em saúde como método de ensino dialógico, o Enfermeiro pode aprender a respeitar e potencializar a autonomia do sujeito na luta por condições de saúde mais favoráveis (SILVA et al., 2012).

A respeito da formação acadêmica, torna-se fundamental repensar este processo, enaltecer a Educação em Saúde como estratégia para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. A formação de Enfermeiros, nesta questão, pode ser um fator que auxilie, efetivamente, para que esta prática seja reproduzida junto aos usuários, suas famílias e a comunidade (SILVA et al., 2012).

Além disso, para a afirmação do novo modelo de saúde é essencial que projetos de capacitação para as equipes atuantes na Estratégia Saúde da Família favoreçam a formação de sujeitos autônomos e críticos. Para que esse processo ocorra, devem considerar representações sociais dos profissionais atuantes, para compreender como esses indivíduos reelaboram as diretrizes para as práticas educativas na ESF, a fim de que se formem algumas das condições que permitam à superação do caráter meramente instrumental da capacitação cujos princípios se baseiam no saber científico (GAZZINELLI et al., 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os enfermeiros percebem a educação em saúde na medida em que possibilita a construção de saberes aos usuários, o aperfeiçoamento dos profissionais, a promoção e prevenção de doenças.

A abrangência da educação em saúde na vida do indivíduo e comunidade-população relaciona-se as seguintes palavras/expressões significativas; promoção, prevenção, sensibilização, população, saúde, melhora, autocuidado, vínculo, informação, fatores determinantes, equipe multidisciplinar, acesso, assistência, necessidades, realidade.

Compreende-se que a Educação em Saúde representa ferramenta ímpar e sempre inovadora no campo da saúde para transformar a vida das pessoas e o processo saúde-doença do indivíduo e comunidade.

Por conseguinte, esse estudo possibilita novos caminhos para desenvolvimento e aperfeiçoamento das práticas de educação em saúde no intuito de oferecer aos usuários um cuidado comprometido e elaborado de modo eficaz.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Adriana Sousa Carvalho de. et al. Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n.2, p. 428-35, abril, 2012.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Edições 70, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos**. Resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011**. Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28 n.9, p. 1772-1784. set. 2012.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. et al. Formação de um grupo de pesquisa em enfermagem na área da saúde da mulher e gênero. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n.4, p. 990-8, bimestral, out/dez. 2012.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.17-27, jan. 2008.

GAZZINELLI, Maria Flávia Carvalho. et al. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. **Trab. Educ. Saúde**. Rio de Janeiro, v.11 n.3, p.553-571. set./dez. 2013.

LEONELLO, Valéria Marli; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.3, p. 366-70. maio/jun. 2010.

MARQUES, Marília Braga. et al. **Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado**. 2009. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. et al. Enfermeiro de Saúde da Família na Amazônia: conceitos e manejo na temática do uso de álcool. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo; v. 45, n. 4, p. 926-32. 2011.

ROECKER, Simone; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; MARCON, Sonia Silva. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p.641-642. 2012.

SALCI, Maria Aparecida. et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 22, n.1, p.224-30, bimestral, jan./mar. 2013.

SILVA, Lenise Dias da. et al. Enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v.2, n.2, p.412-19, maio./ago. 2012.

DOR CRÔNICA E PREJUÍZOS NAS ATIVIDADES COTIDIANAS DE IDOSOS

Luciano Ramos de Lima¹
Isabella Cristina Severina²
Ana Catarina Guimarães Silva³
Silvana Schwerz Funghetto⁴
Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem⁵
Walterlânia Silva Santos⁶
Cris Renta Grou Volpe⁷
Marina Morato Stival⁸
Mani Indiana Funez⁹

Recebido em: 08 fev. 2018

Aceito em: 19 nov. 2018

RESUMO: Objetivo: Analisar os principais prejuízos associados a dor crônica de um grupo de idosos. **Método:** Estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa. A amostra de 268 idosos, os instrumentos adotados: sócio demográfico, clínico, para avaliar a dor crônica (Escala Visual Analógica/EVA e diagrama corporal) e outro relacionado aos prejuízos no cotidiano. **Resultados:** A maioria (67,5%) foi do sexo feminino com idade média de 68,9 anos e a dor foi caracterizada como intensa. Os principais prejuízos foram nas Atividades de Vida Diária (AVD) e na relação com outras pessoas ($p \leq 0,02$) associados a maior intensidade de dor. O principal local de dor referido foi no tronco e acomete 39,9% durante a noite. **Conclusão:** Os principais prejuízos associados a dor foi nas AVD e na relação com outras pessoas. A dor que acomete os idosos é caracterizada como intensa e aparece no período da noite.

Palavras-chave: Idoso. Dor crônica. Avaliação em enfermagem. Serviços de saúde para idosos. Medição da Dor. Cuidados. Enfermagem primária.

CHRONIC PAIN AND LOSSES IN THE DAILY ACTIVITIES OF THE ELDERLY

ABSTRACT: Objective: To analyze the main damages associated with chronic pain in a group of elderly people. **Method:** Cross-sectional study, descriptive of quantitative approach. The sample of 268 elderly people, the instruments adopted: demographic,

¹ Professor Assistente do curso de Enfermagem da Universidade de Brasília/Campus Ceilândia, Doutorando PPCTS/UNB, Mestre FEN/UFG, E-mail: ramosll@unb.br.

² Enfermeira graduada pela Universidade de Brasília/Campus Ceilândia, Bolsista CNPQ de Iniciação científica, E-mail: isabella.c.severina@hotmail.com.

³ Enfermeira graduada pela Universidade de Brasília/Campus Ceilândia, Bolsista CNPQ de Iniciação científica, E-mail: anacatarina.enf@gmail.com.

⁴ Professora Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade de Brasília/Campus Ceilândia, Doutora PPCS/UNB, E-mail: silvanasf@unb.br.

⁵ Professora Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade de Brasília/Campus Ceilândia UNB/FCE, Doutora PIE/USP, E-mail: taniarehem@unb.br.

⁶ Professora Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade de Brasília/Campus Ceilândia, Doutora PPGCS/UFG, E-mail: walterlania@unb.br.

⁷ Professora Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade de Brasília/Campus Ceilândia, Doutora PPGEnf/UNB, E-mail: crgrou@unb.br.

⁸ Professora Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade de Brasília/Campus Ceilândia, Doutora PPCTS/UNB, Mestre EEUFMG, E-mail: marinamorato@unb.br.

⁹ Professora Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade de Brasília/Campus Ceilândia, Doutora FMRP/USP, E-mail: mani@unb.br.

clinical partner, to evaluate chronic pain (Visual Analogue Scale / EVA and body diagram) and another related to daily damages. **Results:** The majority (67.5%) were females with a mean age of 68.9 years and the pain was characterized as intense. The main damages were in the Daily Life Activities (ADL) and in the relationship with other people ($p = \leq 0.02$) associated with greater pain intensity. The main site of referred pain was in the trunk and affects 39.9% at night. **Conclusion:** The main damages associated with pain were in the ADL and in the relationship with other people. The pain that affects the elderly is characterized as intense and appears in the evening. **Keywords:** Aged. Chronic Pain. Nursing Assessment. Health services for aged. Pain Measurement. Care. Primary nursing.

INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo o último Censo do IBGE em 2010, evidenciou-se um aumento do número de idosos entre 1999 e 2009, (de 6,4 milhões para 9,7 milhões). Neste processo surgem problemas associados ao envelhecimento, entre eles a dor crônica relacionada as doenças crônicas não Transmissíveis (DCNT), tais como obesidade e diabetes mellitus (NICHOLAS et al., 2017; IBGE, 2013). Destaca-se que a dor crônica é identificada pela *Association for the Study of Pain (IASP)*, com prevalência média de 35,5% (MATOS; BERNARDES; GOUBERT, 2016). Estima-se que 80% a 85% dos indivíduos idosos apresentam, pelo menos um problema significativo de saúde e predispõe a apresentar dor. Aproximadamente 50% a 60% dos pacientes tornam-se parcial ou totalmente incapacitados, transitória ou permanentemente (DRAGIOTI et al., 2016). Entre alguns prejuízos associados a dor evidencia-se as mudanças no padrão de sono, no apetite, lazer, e alteração na qualidade de vida (DELLAROZA; PIMENTA, 2012; REIS; TORRES, 2011).

As DCNT estão associadas a presença de dor e trazem prejuízos como alterações na locomoção de idosos e risco de queda (KAYSER et al., 2014; RODRIGUES et al., 2016; PIMENTA et al., 2015; CASTRO et al., 2016; LOUREÇO et al., 2013). Um estudo realizado no Paraná com 451 idosos, identificou a prevalência de dor crônica de 51,44% (DELLAROZA et al., 2007). A dor crônica na vida diária de idosos prejudica de algum modo a realização das atividades de vida diária (AVD), bem como restringi a convivência social (isolamento) (CELICH; GALON, 2009; PAGOTTO et al., 2016; PEREIRA et al., 2014). Assim, outros estudos vêm sendo desenvolvidos para aliviar, tratar e qualificar essa dor (LOBO; SANTOS; GOMES, 2014; MANSANO-SCHLOSSER et al., 2014; PEREIRA et al., 2015; SILVA et al., 2014).

Observa-se que problemas dos idosos devido as DCNT já foi objeto de alguns estudos com avaliação da incapacidade em estudos nacionais (DRAGIOTI et al., 2016; CASTRO et al., 2016; PAGOTTO et al., 2016) e internacionais (NICHOLAS et al., 2017; DRAGIOTI et al., 2016; MATOS; BERNARDES; GOUBERT, 2016), sono, apetite, lazer (DELLAROZA; PIMENTA, 2012; REIS; TORRES, 2011), convivência social (isolamento) CELICH; GALON, 2009; PAGOTTO et al., 2016) e na qualidade de vida (DELLAROZA; PIMENTA, 2012; LOBO; SANTOS; GOMES, 2014; MANSANO-SCHLOSSER et al., 2014).

Entretanto, estas variáveis ainda não foram associadas a dor como este estudo pretende analisá-las. Por outro lado o risco de queda já foi associado a dor em idosos (KAYSER et al., 2014; RODRIGUES et al., 2016; PIMENTA et al., 2015). Isto posto o objetivo deste estudo foi de analisar os principais prejuízos associados a dor crônica de um grupo de idosos.

MÉTODO

Estudo transversal, descritivo de abordagem quantitativa. A coleta de dados ocorreu de janeiro a julho de 2016 em uma Unidade de Saúde do Distrito Federal (cadastrados na Estratégia Saúde da Família).

A população do estudo foi constituída de idosos moradores de Ceilândia, a amostra foi por conveniência e elegeu-se uma amostra final de 268 idosos. Foram incluídos idosos: com idade mínima de 60 anos; que referiram dor persistente há mais de três meses; residente de Ceilândia e que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos: idosos com deficiências cognitivas incapacitando-o de participar da pesquisa, avaliado pela Escala Pfeffer.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com os idosos para aplicação do instrumento e caracterização dados sócio demográfico, perfil clínico e as repercussões decorrentes da presença da dor crônica e seus prejuízos no cotidiano de idosos. A dor foi avaliada com uso da Escala Visual Analógica (EVA), de 0 a 10 pontos. Foi considerada nesse trabalho dor crônica como aquela presente igual ou superior a 3 meses. Posteriormente, os dados foram associados ao estado de saúde e prejuízos causados pela dor crônica no cotidiano de idosos.

Os dados foram analisados pelo software *Package for the Social Sciences (SPSS®)* versão 21.0 para apresentação dos resultados. A análise descritiva foi realizada por frequências absoluta, relativa, medidas descritivas e de dispersão. Para comparação de médias utilizou-se o teste *t-student* e ANOVA. O nível de significância utilizado foi de $p < 0,05$.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) nº 1355211/15 e respeitou a Resolução CNS 466/2012.

RESULTADOS

Foram analisados 268 idosos que referiram dor crônica, sendo que 67,5% a maioria foi do sexo feminino. Em comparação da dor entre o sexo, as mulheres sentiram mais dor e foi caracteriza por dor intensa ($M=7,08$). Os idosos tinham idade média de 68,9 anos ($DP \pm 6,29$, Mín.=60, Máx.=93 anos), sendo a faixa etária mais prevalente foi entre 60 e 65

anos (38,0%) e referiram também maior intensidade de dor como intensa ($M \geq 7,1$) junto com a faixa etária de 81-85 anos (Tabela).

Tabela 1. Dados sociodemográficos de idosos com dor crônica de uma região administrativa do Distrito Federal, janeiro a julho de 2016 (n=268).

Variável	n	%	Média	DP	Mín.	Máx.	p
Sexo							0,154
feminino	181	67,5	7,08	2,523	1	10	
masculino	87	32,5	6,55	2,74	1	10	
Idade							0,664
60 a 65 anos	102	38,0	7,15	2,491	1	10	
66 a 70 anos	71	26,5	6,87	2,709	1	10	
71 a 75 anos	45	16,8	6,89	2,622	1	10	
76 a 80 anos	35	13,0	6,29	2,729	1	10	
81 a 85 anos	6	2,2	7,83	2,483	3	10	
86 a 90 anos	8	3,0	6,25	2,712	2	10	
maior que 90 anos	1	,4	8	-	8	8	
Escolaridade							0,851
Nunca foi a escola	85	31,7	6,72	2,759	1	10	
1 a 4 serie	143	53,4	6,94	2,52	1	10	
5 a 8 serie	21	7,8	7,24	2,644	2	10	
1 a 2 serie/colegial	10	3,7	7,1	2,685	3	10	
3 serie/colegial	8	3,0	7,5	2,673	3	10	
Superior completo	1	,4	5	-	5	5	
Cor							0,334
Branco	140	52,2	7,08	2,584	1	10	
Pardo	73	27,2	7	2,577	2	10	
Preta	53	19,8	6,38	2,705	1	10	
Amarelo	2	,7	6	0	6	6	
Estado Civil							0,739
Casado/amigado	147	54,9	7,01	2,588	1	10	
Solteiro	22	8,2	6,55	2,464	1	10	
Viúvo	81	30,2	6,89	2,716	1	10	
Divorciado	18	6,7	6,61	2,5	2	10	
É aposentado							0,120
sim	105	39,2	6,59	2,699	1	10	
não	163	60,8	7,12	2,525	1	10	
Trabalha atualmente							0,299
sim	113	42,2	7,05	2,695	1	10	
não	155	57,8	6,81	2,536	1	10	
Renda							0,823
≤ 1 SM	187	69,80	6,74	2,718	1	10	
≥ 1 a 2 SM	67	25	7	2,629	2	10	
> 2 SM	14	5,20	7,14	1,956	5	10	

Legenda: DP (Desvio Padrão); Mín.(Mínimo); Máx. (Máximo); SM (Salário Mínimo)

A dor não foi associada aos dados sociodemográficos, contudo a faixa etária de 60 a 65 anos, que estudou 5ª a 3º ano colegial, de cor branco, casados, os não aposentados, que trabalham ainda e com renda superior a um SM referiu maior intensidade de dor (Intensa) (Tabela 1).

Referente as características clínicas e de saúde dos idosos, os idosos com IMC (peso normal) e que possuem Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) referiram a dor como intensa ($M \geq 7,0$). Enfatiza-se que dor foi associada aos idosos que recebem algum tipo de auxílio e/ou possuem alguma dificuldade para movimentar-se referiram maior intensidade

de dor classificada por intensa ($p \leq 0,024$) (Tabela 2).

Tabela 2. Características de saúde de idosos com dor crônica de uma região administrativa do Distrito Federal, janeiro a julho de 2016 (n=268).

Variável	n	%	Média	DP	Mín.	Máx.	p
IMC							0,994
Abaixo peso (17-18,49)	9	3,4	6,56	2,833	2	10	
Peso normal (18,5-24,9)	93	34,7	7,04	2,532	2	10	
Acima do peso (25-29,9)	100	37,3	6,88	2,587	1	10	
Obesidade I (30-34,9)	49	18,3	6,82	2,766	1	10	
Obesidade II (35-39,9)	13	4,9	6,85	2,882	1	10	
Obesidade III (>40)	4	1,5	6,75	2,63	4	9	
Pratica alguma atividade física diária							0,664
Sim	102	38,1	6,96	2,681	1	10	
Não	166	61,9	6,88	2,56	1	10	
Internação nos últimos 6 meses							0,653
Sim	53	19,8	6,98	2,811	1	10	
Não	215	80,2	6,89	2,555	1	10	
Necessita de algum tipo de auxílio							0,024
Sim	72	26,9	7,56	2,22	2	10	
Não	196	73,1	6,67	2,696	1	10	
Tem dificuldade para movimentar							0,002
Sim	132	49,2	7,4	2,474	1	10	
Não	136	50,8	6,44	2,652	1	10	
HAS							0,244
Sim	194	72,4	7,02	2,593	1	10	
Não	74	27,6	6,62	2,621	1	10	
DM							0,862
Sim	61	22,8	6,87	2,884	1	10	
Não	207	77,2	6,92	2,521	1	10	

Legenda: DP (Desvio Padrão); HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica); DM (Diabetes Mellitus); Mín.(Mínimo); Máx. (Máximo); SM (Salário Mínimo)

A maioria dos idosos não se internou nos últimos seis meses e caracterizaram a sua dor como moderada ($M \geq 6,8$) junto com que possuem DM.

A mensuração da intensidade geral de dor da dor pela escala EVA foi que a maioria (37%) dos idosos a classificou como dor intensa ($M=8,6$, $DP=\pm 0,74$, $Máx.=9,0$, $Mín.=7,0$), 28% dor moderada ($M=5,15$, $DP=\pm 0,73$, $Máx.=6,0$, $Mín.=4,0$), 22% referiram como a pior dor possível ($M=10,0$, $DP=\pm ---$, $Máx.=10,0$, $Mín.=10,0$) e por fim 13% descreveu como uma dor leve ($M=2,2$, $DP=\pm 0,75$, $Máx.=3,0$, $Mín.=1,0$).

Observou-se que 39,9% referiram que a dor aparece no período da noite. Em relação ao prejuízo que a dor acarreta em seu dia, os prejuízos das AVD e na relação com outras pessoas os idosos referiram maior intensidade de dor (intensa) ($p \leq 0,000$). Contudo o prejuízo na atividade social não foi associado a dor ($p \geq 0,109$), mas também referiam como intensa (Tabela 3).

Já referente ao tratamento utilizado para a dor que sentem, a maioria utiliza anti-inflamatórios, opióides e os não usam outros tipos medicamentos e esses classificaram a

dor como moderada ($M \geq 6,8$). Porém a dor foi associada ($p \leq 0,016$) ao não uso de analgésicos (42,5%), e a referiram maior intensidade de dor (intensa).

Tabela 3. Características da dor e prejuízos de idosos com dor crônica de uma região administrativa do Distrito Federal, janeiro a julho de 2016 (n=268).

Variável	n	%	Média	DP.	Mín.	Máx.	p
Dor aparece							0,865
manhã	79	29,5	6,81	2,592	1	10	
tarde	82	30,6	6,98	2,802	1	10	
noite	107	39,9	6,93	2,47	1	10	
Tempo que sente dor							0,019
< 3 meses	25	9,3	5,48	2,917	1	10	
3 a 6 meses	9	3,4	5,89	2,619	2	10	
>6 meses a 1 ano	24	9	6,46	2,553	2	10	
>1 a 5 anos	66	24,6	6,8	2,451	1	10	
>5 a a10 anos	49	18,3	7,33	2,585	1	10	
>10 anos	95	35,4	7,36	2,513	1	10	
Prejuízo das atividades sociais							0,109
sim	65	24,3	7,37	2,485	1	10	
não	203	75,7	6,76	2,628	1	10	
Prejuízo das AVD							0,000
sim	150	56	7,49	2,376	1	10	
não	118	44	6,18	2,701	1	10	
Prejuízo na relação com outras pessoas							0,000
Sim	41	15,3	8,35	2,02	1	10	
Não	227	84,7	6,64	2,61	1	10	
Tratamento com Anti-inflamatórios							0,493
Sim	117	43,7	7,01	2,731	1	10	
Não	151	56,3	6,86	2,548	1	10	
Tratamento com Analgésicos							0,016
Sim	154	57,5	6,59	2,655	1	10	
Não	114	42,5	7,35	2,528	1	10	
Tratamento com Opioides							0,171
Sim	20	7,5	7,77	2,743	1	10	
Não	248	92,5	6,88	2,614	1	10	
Tratamento com outros medicamentos							0,243
Sim	37	13,8	6,47	2,543	1	10	
Não	231	86,2	6,98	2,633	1	10	

Legenda: DP (Desvio Padrão); HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica); DM (Diabetes Mellitus) Mín.(Mínimo); Máx. (Máximo); SM (Salário Mínimo)

O gráfico 1 ilustra os principais locais que os idosos sentem dor associado a média do nível de dor (representada pela linha, 0-10 pontos EVA) que sentem em cada local. Pode-se verificar a dor no tronco e nos membros inferiores (MMII), representou os principais locais de dor, descrita por dor moderada. Contudo o local de menor frequência de dor, dor de cabeça, foi o local onde referiam pior dor, intensa ($M=7,7$) ($p\leq 0,01$) (Gráfico 1).

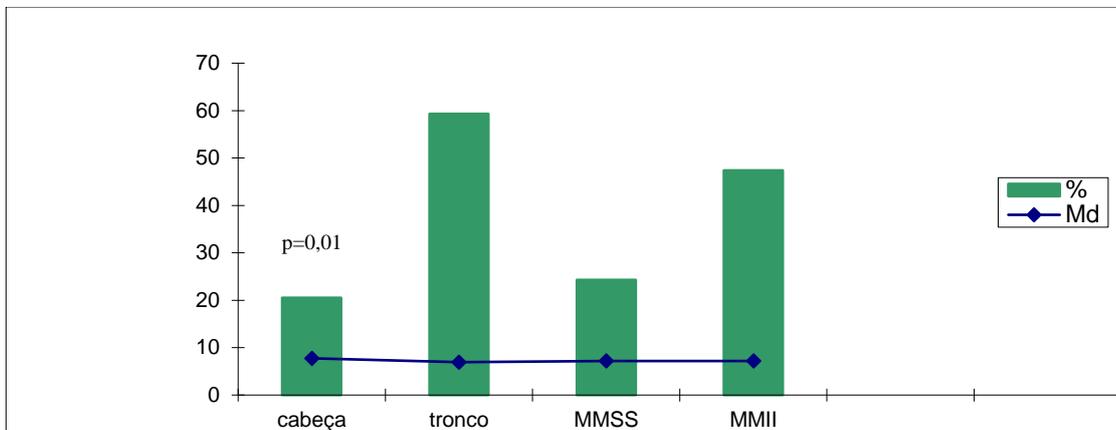


Gráfico 01. Localização e intensidade de dor (escala numérica/média), de idosos com dor crônica de uma região administrativa do Distrito Federal, janeiro a julho de 2016 (n=268).

DISCUSSÃO

Como foi encontrado nessa pesquisa, o sexo feminino foi o mais prevalente, e isso ocorre na maioria dos estudos sobre idosos e/ou com dor crônica em estudos nacionais (REIS; TORRES, 2011; RODRIGUES et al., 2016; CELICH; GALON, 2009; DELLAROZA et al., 2008; KREBS et al., 2016; TRELHA et al., 2006) e estudos internacionais (SÁ et al., 2009; NICHOLAS et al., 2017). A média de idade encontrada foi menor que de outros estudos (REIS; TORRES, 2011; CORRÊA; CEOLIM, 2008; TRELHA et al., 2006), porém a maior prevalência de 60-65 anos está de acordo com várias outras pesquisas (DELLAROZA; PIMENTA, 2012; REIS; TORRES, 2011; DELLAROZA et al., 2007; KREBS et al., 2016), podendo a variação chegar até 75 anos, sendo que os estudos internacionais apresentam uma idade superior a 65 anos (NICHOLAS et al., 2017; MATOS; BERNARDES; GOUBERT, 2016; KREBS et al., 2016)

Aqueles que não praticam atividade física e não fumam, também são maioria, assim como nesse estudo, em outra pesquisa da população de Salvador (PAGOTTO et al., 2016), demonstrou que 71,7% e 58,9%, respectivamente, levam o mesmo estilo de vida, mas vale ressaltar que outra pesquisa apontou que os fumantes ou ex-fumantes são mais vulneráveis à desenvolverem uma dor crônica (SÁ et al., 2009). Estudos internacionais têm evidenciado que a presença de dor crônica tem limitado as pessoas a realizarem atividade física (MATOS; BERNARDES; GOUBERT, 2016; KREBS et al., 2016; CROWE et al., 2017; LARSSON et al., 2016).

Apesar de que os que estão acima do peso, IMC entre 25-29,9 serem os mais

prevalentes, a dor referida demonstrou um nível moderado. Sabe-se que obesidade é um fator de risco para ocasionar a dor crônica, pois ela pode determinar várias morbidades associada ao desenvolvimento de complicações que desencadeia a presença de ocorrência da dor crônica associadas aos distúrbios osteomusculares (PEREIRA et al., 2014; PEREIRA et al., 2015; OLIVEIRA; VENCIO, 2016).

Em relação às condições de saúde da amostra dessa pesquisa, a maioria dos idosos possuíam HAS o que reflete a realidade da população brasileira, pois o número de desenvolvimento de doenças cardiovasculares vem progredindo. No estudo com 48 idosos Cruzaltense, 70,4% dos idosos possuíam o diagnóstico de HAS (CELICH; GALON, 2009) e em outro estudo de caracterização de 24 idosos restritos ao seu domicílio e seus cuidadores no Paraná, 70,8% tinham HAS, ressaltando o resultado com proximidade dos valores obtido nessa pesquisa (TRELHA et al., 2006).

A dor teve associação com aqueles idosos que precisam de algum auxílio e/ou possui algum tipo de dificuldade para movimentar-se. Pode-se assim, relacionar essa diminuição da capacidade de deambular com o local da dor, pois conforme o gráfico 1, o segundo principal local foram nos MMII, o que dificulta o caminhar e aumenta a dependência de auxílio nesses idosos, sendo que a dor nos membros inferiores é bastante prevalente em diversos estudos nacionais (DELLAROZA; PIMENTA, 2012; REIS; TORRES, 2011; PIMENTA et al., 2015

CASTRO et al., 2016; CELICH; GALON, 2009; PEREIRA et al., 2015). Nos estudos internacionais os idosos com problemas de coluna, incapacidades, idosos com histórico de quedas (MATOS; BERNARDES; GOUBERT, 2016; KREBS et al., 2016; SCHERER et al., 2016; CROWE et al., 2017).

Referente a dor e prejuízos, o período do dia que a dor mais acometeu os idosos foi durante a noite. O mesmo resultado foi encontrado em outra pesquisa, no qual 44,5% dos idosos pesquisados também referiram que o surgimento da dor acontecia durante a noite (CELICH; GALON, 2009). Também outro estudo pouco mais da metade da amostra não tinha horário preferencial para aparecer a dor, porém dentre os que tinham 24,7% referiram surgir no período noturno (DELLAROZA et al., 2008). Outros pesquisadores também afirmam que o aparecimento dor esta geralmente relacionado com o executar de alguma atividade (levantar, andar, sentar, etc.) (PIMENTA et al., 2015; CASTRO et al., 2016; SCHERER et al., 2016).

Observa-se que a presença de dor em idosos pelo período noturno podem ser associadas as complicações de DCNT como a evolução de DM após os primeiros 10 anos de patologia. Esta dor pode evoluir para neuropatia diabética (PEREIRA et al., 2015; OLIVEIRA; VENCIO, 2016). Desta forma a enfermagem e a equipe de saúde devem estar atentas na investigação ativa dos idosos para prevenção de dores neuropáticas associadas a diabetes. Em estudo internacionais a neuropatia tem acometidos os idosos e traz prejuízos em seu cotidiano (KREBS et al., 2016; SCHERER et al., 2016; LARSSON et al., 2016)

A dor foi associada também ao tempo em que os idosos sentem essa dor, sendo que a maioria refere senti-la a mais de 10 anos e a intensidade de dor é classificada como intensa entre os que a sentem a mais de 5 anos. Por diferenças metodológicas, poucos são os estudos que trazem o tempo que os idosos manifestam dor crônica (LOBO; SANTOS; GOMES, 2014; PEREIRA et al., 2015; SCHERER et al., 2016), apenas um estudo (DELLAROZA et al., 2007) teve como resultado de sua amostra que 51,4% dos idosos referiram dor com duração igual ou superior que 6 meses. As pesquisas internacionais também tem considerado um tempo superior a seis meses (MATOS; BERNARDES; GOUBERT, 2016; KREBS et al., 2016; LARSSON et al., 2016).

A frequência dos episódios de dor é fator estudado por alguns autores em seus estudos sobre a prevalência da dor crônica, sendo que a maioria dos idosos queixa-se que a dor se manifesta diariamente, e em segundo lugar vem o aparecimento em frequência variável (DELLAROZA; PIMENTA, 2012; DELLAROZA et al., 2008).

No contexto social as pessoas, e incluindo os idosos, que sentem algum tipo de dor começam imediatamente a procurar ou tomar algum tipo de medicamento para o alívio da dor (PEREIRA et al., 2015). Os idosos investigados em outro estudo (CELICH; GALON, 2009), 96,3% admitiram tomar alguma medida de alívio à dor, sendo que 33,3% assumiram ser tratamento farmacológico com algum medicamento e 29,7% realizam massagem com pomadas, remédios caseiros. Ressalta que apesar dos idosos com dor crônica não utilizarem as medidas não farmacológicas elas são importantes para diminuir a necessidade do uso de medicamentos (PEREIRA et al., 2015; SÁ et al., 2009). Nos estudos internacionais também estimulam a independência com menor uso de medicamentos principalmente o de opioides que podem interferir em algumas atividades cotidianas (KREBS et al., 2016; CROWE et al., 2017).

Uma dor mal controlada pode ter consequências importantes na vida e rotina dos idosos com dor crônica, pois eles vão começar a evitar as atividades que desencadeiam essa dor e se forem ações como andar, levantar, entre outras realizadas rotineiramente, eles terão dificuldades de deambulação, ficarão mais dependentes nas AVDs e reduzirão em nível considerável sua qualidade de vida (REIS; TORRES, 2011). A qualidade de vida nos estudos internacionais tem sido identificada como pior nos idosos que tem dor crônica com maior intensidade (NICHOLAS et al., 2017; SCHERER et al., 2016).

As principais interferências da dor crônica nos idosos foram investigadas em outro cenário e observaram 40% afeta o sono, 39,0% humor, 36,7% lazer e 20,9% no apetite, sendo que essa interferência foi avaliada de moderada à intensa em 50% dos casos⁽⁶⁾. Ainda os resultados da pesquisa realizado em Londrina (REIS; TORRES, 2011) quando comparado e relacionado com os achados deste estudo, pode-se relacionar que prejuízos no humor e no lazer prejudicam o relacionamento interpessoal dos idosos com outras pessoas, assim como prejuízos no sono e no apetite geram prejuízos físicos aos idosos (maior fadiga) o que acarreta na interferência nas AVDs dos idosos. As pesquisas internacionais tem identificado que há redução das AVD associada a presença de dor crônica (KREBS et al., 2016; LARSSON et al., 2016) e por outro lado a atividade física tem

ajudado a melhorar os prejuízos associado a dor crônica (JACKSON et al., 2016; LARSSON et al., 2016).

Outro estudo analisou identificou que 81,5% dos idosos com dor crônica interfere de algum modo no cotidiano, na rotina e nas atividades realizadas. As principais AVDs encontradas que sofrem alguma interferência são transporte/locomoção, vestuário, trabalhar e higiene pessoal, sendo que alguns idosos têm mais que um prejuízo (CELICH; GALON, 2009).

Referente a intensidade de dor, a maioria dos idosos analisados referiram o nível de dor como intensa. Em estudo similar, com 451 idosos servidores municipais de Londrina, a maioria das queixas de dor teve sua intensidade variando de moderada à intensa (DELLAROZA; PIMENTA, 2012). Resultados semelhantes também ocorreram em estudos com idosos institucionalizados, como o realizado com 60 idosos de uma instituição de acolhimento na BA, sendo que 51,7% dos idosos declararam sentir uma dor intensa (REIS; TORRES, 2011). Por estes resultados, pode-se verificar o quanto a dor intensa pode ser grave tanto em aspectos físicos, como por exemplo, uma maior incapacidade nas AVDs, quanto em consequências mentais (baixa autoestima, depressão, ansiedade, etc.), fato observado em estudos nacionais (DELLAROZA; PIMENTA, 2012; RODRIGUES et al., 2016) e internacionais (NICHOLAS et al., 2017; LARSSON et al., 2016).

Em relação aos locais acometidos pela dor, a maior prevalência de queixa de dor foi no tronco e nos Membros Inferiores (MMII). Cabe ressaltar que o tronco nesse estudo inclui dores na coluna. O estudo com 48 idosos moradores da cidade de Cruzaltense obteve resultados semelhantes, 44,4% relataram dor na coluna lombar, seguido de 40,7% e 25,9% queixando de dor, respectivamente, nas pernas e articulação do joelho, caracterizando como MMII (CELICH; GALON, 2009). Já em outra pesquisa a coluna foi o segundo lugar com mais relatos de dor (25,0%), ficando atrás apenas dos MMII (47,7%), porém mantendo os principais locais de dor que são os membros inferiores e a coluna (RODRIGUES et al., 2016; STORCHI et al., 2016). Em outros países também os achados são similares para região lombar como região prevalente (JACKSON et al., 2016; SCHERER et al., 2016).

Apesar da localização na cabeça ser com menor incidência de queixa de dor, ela foi classificada como a de maior prejuízo descrita como dor intensa e o tronco teve a maior incidência descrito como dor moderada. Um estudo identificou a dor na região dorsal (leve) em 50% dos casos e moderada em 42,7%, o que um pouco se assemelha à esse estudo na qual a média de dor descrita pelos idosos foi classificada como moderada, já nos MMII, a dor foi descrita como leve em 53,6% dos casos, moderada em 35% e 11,3% como intensa, o que já entra em contradição com esse estudo, pois a média de dor das queixas dos idosos analisados foi classificada como intensa nos MMII (CELICH; GALON, 2009).

Apesar de ser o sintoma neurológico mais comum, ocorre uma diminuição da prevalência da cefaleia nos idosos, pois ela diminui em relação às outras faixas etárias. Ainda que existam diversas classificações da cefaleia e de suas manifestações, a grande maioria delas são mais prevalentes nos jovens e sua intensidade tende a ser também maior nas faixas etárias menores (PEREIRA et al., 2015). Tais dados de baixa incidência de dor

na cabeça dentre os idosos coincidem com resultado dessa pesquisa, porém o mesmo não ocorre em relação à intensidade dessa dor, já que nesse estudo a maior média de dor foi da dor localizada na cabeça.

Observa-se que o enfermeiro deve estar atento a identificar as causas de cefaleia em idosos, com vistas a afastar/reconhecer a cefaleia como sintoma de complicações de doenças como crises hipertensivas e Acidente Vascular Cerebral como um fator de risco associado as cefaleias em idosos.

CONCLUSÃO

Neste estudo a dor crônica esteve presente em idosos do sexo feminino, descrita como dor intensa e que aparece no período da noite. Os idosos que sente dor superior a 10 anos apresentaram com maior nível de intensidade de dor. Os principais prejuízos foram associados aos prejuízos das AVD e na relação com outras pessoas.

Os prejuízos da dor crônica reflete na vida dos idosos que podem acarretar em déficits no dia a dia deles. Esses prejuízos vão além dos aspectos físicos e se estendem para o psicológico e o social e por isso acarretam em várias consequências na autoestima, na dependência, no isolamento e relações e na qualidade de vida dessa população. Vários são os fatores que interferem e agravam esses prejuízos, por exemplo, o local, a intensidade da dor, a dependência para locomoção, a quanto tempo sentem essa dor, o tratamento utilizado, entre outros.

O enfermeiro como integrante da equipe de saúde em suas diversas áreas de conhecimento deve então se atentar e se qualificarem para a alta prevalência dessa dor crônica nos idosos e assim realizar o adequado manejo, tratamento e controle dela, com o objetivo de reduzir os prejuízos encontrados e aumentar a qualidade de vida que a população idosa tanto necessita para o seu dia a dia.

AGRADECIMENTOS

Pesquisa Financiada pelo Conselho Nacional de Pesquisa CNPQ.

REFERÊNCIAS

CASTRO, D. C., et al. Incapacidade funcional para atividades básicas de vida diária de idosos: estudo populacional/Functional disability for basic activities of daily lives of the elderly: a population study. **Cienc Cuid Saude** v.15, n.1, p.109-117. 2016.

CELICH, K. L. S.; GALON, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Rev Bras. Geriatr. Gerontol.** v.12, n.3, p.345-359. 2009.

CORRÊA, K.; CEOLIM, M. F. Qualidade do sono em pacientes idosos com patologias vasculares periféricas. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v.42, n.1, p.12-8. 2008.

CROWE, M., et al. Older peoples' strategies for coping with chronic non-malignant pain: A qualitative meta-synthesis. **Int J Nurs Stud.** v.68, n.3, p.40-50. 2017.

DELLAROZA, M. S. G., et al. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Rev Assoc. Med. Bras.** n.54, n.1, p.36-41. 2008.

DELLAROZA, M. S. G.; PIMENTA, C. A. M. Impacto da dor crônica nas atividades de vida diária de idosos da comunidade. **Ciênc. cuid. Saúde.** v. 11, Sup. 1, p.235-242. 2012.

DELLAROZA, M. S. G.; PIMENTA, C. A. M.; MATSUO, T. Prevalência e caracterização da dor crônica em idosos não institucionalizados. **Cad. Saúde Pública.** v.23, n.5, p.1151-1160. 2007.

DRAGIOTI, E., et al. Distinct subgroups derived by cluster analysis based on pain characteristics and anxiety-depression symptoms in Swedish older adults with chronic pain. **European Psychiatry.** v.33, Sup.1, p.24-25, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **Brasil em números.** Rio de Janeiro, v.21, p.1-392. 2013 Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/2/bn_2013_v21.pdf. Acesso em: 15 fev 2016.

JACKSON T, et al. Systematic Review and Meta-Analysis of the Global Burden of Chronic Pain Without Clear Etiology in Low- and Middle-Income Countries: Trends in Heterogeneous Data and a Proposal for New Assessment Methods. **Anesth Analg.** v.123, n.3, p.739-48. 2016.

KAYSER B., et al. Influência da dor crônica na capacidade funcional do idoso. **Rev. Dor.** v.15, n.1, p.48-50. 2014.

KREBS, E. E, et al. Association of Opioids with Falls, Fractures, and Physical Performance among Older Men with Persistent Musculoskeletal Pain. **J Gen Intern Med.** v.31, n.5, p.463-9. 2016.

LARSSON C., et al. Impact of pain characteristics and fear- avoidance beliefs on physical activity levels among older adults with chronic pain: a population-based, longitudinal study. **BMC Geriatr.** v.24, n.1, p.16-50. 2016.

LOBO, A. J. S.; SANTOS, L.; GOMES, S. Nível de dependência e qualidade de vida da população idosa. **Rev Bras Enferm.** v.67, n.6, p.913-9. 2014.

LOURENCO, T. S., et al. Fatores ambientais de risco para quedas em idosos moradores de Ceilândia-DF. **Movimenta.** v.6, n.2, p.471-480. 2013.

MANSANO-SCHLOSSER, T. C., et al. Idosos institucionalizados: organização cronológica das rotinas diárias e qualidade do sono. **Rev Bras Enferm.** v.67, n.4, p.610-6. 2014.

MATOS, M.; BERNARDES, S. F.; GOUBERT, L. The relationship between perceived promotion of autonomy/ dependence and pain-related disability in older adults^{1,2}with

chronic pain: the mediating role of self-reported physical functioning. **J Behav Med.** v.39, p.704–715. 2016.

NICHOLAS, M. K., et al. Long-term outcomes from training in self-management of chronic pain in an elderly population: a randomized controlled trial. **Pain.** v.158, n.1, p.86-95. 2017.

OLIVEIRA, J. E. P.; VENCIO, S. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016**, 2016. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>, Acesso em: 13 dez 2016.

PAGOTTO, V., et al. Comparação da funcionalidade de idosos residentes em duas modalidades institucionais. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v.18, n.2, p.347-12. 2016.

PEREIRA, L. V., et al. Prevalence and intensity of chronic pain and self-perceived health among elderly people: a population-based study. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** v.22, n.4, p.662-669. 2014.

PEREIRA, L. V., et al. Pain intensity among institutionalized elderly: a comparison between numerical scales and verbal descriptors. **Rev. esc. enferm. USP.** v.49, n.5, p. 804-810. 2015.

PIMENTA, W. R. T., et al. Quedas e qualidade de vida: associação com aspectos emocionais em idosos comunitários. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v.9, n.3, p.42-48. 2015.

REIS, L. A.; TORRES, G. V. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. **Rev. bras. enferm.** v. 64, n. 2, p.274-280. 2011.

RODRIGUES D. et al. Prevalence of chronic pain among elderly living in a city of Northern Rio Grande do Sul. **Rev. Dor.** v.17, n.3, p.201-204. 2016.

SÁ, K., et al. Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. **Rev Saúde Pública.** v.43, n.4, p.622-630. 2009.

SCHERER, M., et al. Association between multimorbidity patterns and chronic pain in elderly primary care patients: a cross-sectional observational study. **BMC Fam Pract.** v17, n.68, p.21-31, 2016.

SILVA, A. G., et al. Pain intensity is associated with both performance-based disability and self-reported disability in a sample of older adults attending primary health care centers. **Disabil. Health J.** v.7, n.4, p.457-65. 2014.

STORCHI, S., et al. Quality of life and anxiety and depression symptoms in elderly females with and without chronic musculoskeletal pain. **Rev Dor.** v.17, n.4, p.283-8. 2016.

TRELHA, C. S., et al. Caracterização de idosos restritos ao domicílio e seus cuidadores. **Revista Espaço para a Saúde.** v.8, n.1, p.20-27. 2006.