

Revista

Saúde

(Santa Maria)

Vol. 40, n. 2, jul./dez. 2014



1960

INSS 2236-5834

DOI 10592 -/22365834



Revista Saúde (Santa Maria)

***Centro de Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Maria
ISSN 0103-4499***

Revista Saúde (Santa Maria), v. 40, n.2, p. 09 - 162, jul./dez.2014

Revista Saúde (Santa Maria) / Universidade Federal de
Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde. – Vol. 40,
n. 2 (jul./dez. 2014)-_____. –
Santa Maria, RS, 2014-_____.

Semestral

Continuação de: Saúde : Revista do Centro de
Ciências da Saúde, (1983-2009)

Vol. 40, n. 2 (jul./dez. 2014)

Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasauade/index>

ISSN 2236-5834

CDU 61

Ficha catalográfica elaborada por
Alenir Inácio Goularte CRB-10/990
Biblioteca Central da UFSM

Indexadores

Latindex – Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal (México), site:
<http://www.latindex.unam.mx>

Banco de Dados

Sumários.org (Sumários de Revistas Brasileiras), site: <http://www.sumarios.org>

Disponível no Portal CAPES <http://novo.periodicos.capes.gov.br>

Universidade Federal de Santa Maria

Av Roraima, 1000, Prédio 26, sala 1205/ 1201. Departamento de Análises Clínicas e Toxicológicas. Centro de Ciências da Saúde. Cidade
Universitária, Bairro Camobi. Santa Maria - RS. CEP. 97105-900

Tel: (55) 3220 8751 / 8464

Email: revistasauade.ufsm@gmail.com

Site: <http://www.ufsm.br/revistasauade>

Presidente da República — Dilma Rousseff

Ministro da Educação — Aloizio Mercadante

Reitor da Universidade Federal de Santa Maria — Paulo Afonso Burmann

Diretor do Centro de Ciências da Saúde — José Edson Paz da Silva

Núcleo Editorial

Antonio Marcos Vargas da Silva

Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Jadir Lemos

Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Renato Borges Fagundes

Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Rosmari Horner

Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Conselho Editorial Científico

Alexandre Meneguello Fuentes — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Carlos Heitor Cunha Moreira — Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Carolina Lisboa Mezzomo — Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Cristiane Cademartori Danesi — Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Diogo André Pilger — Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

Dorival Terra Martini — Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Gilmor Jose Farenzena — Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Itamar dos Santos Riesgo — Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Lissandra Dal Dal Lago — Institut Jules Bordet, Bélgica

Marcia Keske-Soares — Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Melânia Palermo Manfron — Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Miriam Cabrera Corvelo Delboni — Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Renato Borges Fagundes — Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Roselei Fachineto — Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Rosmari Horner — Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Sadja Cristina Tassinari de Souza Mostarde — Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Sérgio de Vasconcellos Baldisserotto — Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Tânia Denise Resener — Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Editoração eletrônica

Clara Sitó Alves — Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

Isabel Cristina da Costa Araldi — Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil

SUMÁRIO

Editorial..... 07

ARTIGOS DE REVISÃO**(Review article)**

Condicionamento gengival visando o perfil de emergência em prótese sobre implante
(Gingival conditioning in order to make the emergence profile on implant-supported prostheses)
Gustavo Adolfo Terra Quesada, Melissa Rizzardi, Letícia Jung Franciscatto, Fabíola Rossato Arrais.....09

O sistema único de saúde brasileiro: em busca de uma identidade
(The brazilian unified health system: in search for an identity)
Sérgio Arthur Silva, Bruna Parnov Machado, Suzinara Beatriz Soares de Lima19

O papel da enfermagem diante da homossexualidade masculina
(The role of nursing in front of male homosexuality)
Leonardo Magela Lopes Matoso.....27

ARTIGOS
(ARTICLES)

Sintomatologia dolorosa em acadêmicos de odontologia: estudo de caso
(Pain symptoms in academics of dentistry: case study)
Carla Emília Rossato, Andreia Lima Ritter, Jadir Camargo Lemos.....35

Avaliação do risco de quedas e qualidade de vida dos idosos com acidente vascular encefálico
(Assessment of risk of falls and quality of life of elderly patients with stroke)
Laila Cristina Moreira Damázio, Jasiara Carla Oliveira, Elzira D'Santiago Marciano, Marcos Grissi Pissolati.....43

Relação entre o alinhamento pélvico e a incontinência urinária de esforço
(Relationship between pelvic alignment and the stress urinary incontinence)
Sandra Beatriz Aires dos Santos, Hedioneia Maria Foletto Pivetta, Ana Fátima Viero Badaró.....51

Mudança de hábitos e atitudes em sobreviventes de infarto agudo do miocárdio e angioplastia primária
(Changing habits and attitudes in survivors of acute myocardial infarction and primary angioplasty)
Adriana Martins Gallo, Ruy Laurenti.....59

Caracterização dos candidatos ao uso de próteses auditivas em um serviço de saúde auditiva regional do estado do Rio Grande do Sul
(Characterization of candidates for the use of hearing aids in a health service regional hearing the state of Rio Grande do Sul)
Dayane Domeneghini Didoné, Fernanda Freitas Vellozo, Michele Vargas Garcia, Elenir Fedosse.....67

Qualidade de vida de residentes em condomínio exclusivo para idosos
(Quality of life among older people who live alone and accompanied: comparative study)
Juliana Lima, Elen Ferraz Teston, Sonia Silva Marcon73

Uso de anfetamínicos e de anorexígenos por estudantes no município de Santo Ângelo – RS
(Use of anorectic amphetamine and by students in Santo Ângelo – RS)
Kelli Luísa Konflanz, Juliane Monks Silva, Berenice Goulart Dallagnol.....81

Caracterização do uso de agrotóxicos entre trabalhadores rurais
(Characterization of pesticide use among farm workers)
Mayra Valéria Vasconcelos, Cristiane Fonseca Freitas, Cristiane Aparecida Silveira.....87

Enfermagem na terapia transfusional e hemovigilância: análise da conformidade em um hospital de ensino (Nursing on transfusion therapy and hemovigilance: analysis of compliance on a teaching hospital)	
Halana Batistel Barbosa, Anair Lazzari Nicola	97
Caracterização demográfica de usuários do ambulatório de saúde mental de Santa Maria – RS (Demographic characteristics of users of mental health clinic in Santa Maria – RS)	
Aline Sarturi Ponte, Ana Cristina Von Bock Bolli, Maria Saleti Lock Vogt, Miriam Cabrera Corvelo Delboni, Rosimara Adília Piovezan.....	105
Prevalência dos microrganismos isolados em unidades de terapia intensiva de um hospital universitário (Prevalence of microorganisms isolated from intensive care units in a university hospital)	
Daniela Zanini.....	115
A importância do mapa de risco para a prevenção de acidentes de trabalho em cozinhas/copas de hospitais do interior do Rio Grande do Sul/RS (The importance of risk map for the prevention of accidents in cuisines/scullery hospitals interior of Rio Grande do Sul/RS)	
Aline Sarturi Ponte, Maria Auracélia Marchi Ribas, Vanessa Medeiros Pinto.....	123
Atividade física habitual de mulheres da região norte e serrana de Santa Catarina (Habitual physical activity of women from the northern and mountainous region of Santa Catarina)	
Camila da Cruz Ramos de Araujo, Alexandrina Gomes de Oliveira, Adriana Coutinho de Azevedo Guimarães, Leonessa Boing, Melissa de Carvalho Souza, Zenite Machado.....	131
Frequência de dor lombar em operadoras de telemarketing em Santa Maria, RS (Frequency of low back pain in operators telemarketing in Santa Maria, RS)	
Hedioneia Maria Foletto Pivetta, Ana Paula Ziegler Vey.....	141
A importância de um programa ludomotor e da estimulação cortical no desenvolvimento cinestésico de crianças (The importance of a ludomotor program and cortical stimulation in the development kinestésic of children)	
Alisson Padilha de Lima, Fabrício Bruno Cardoso.....	147
Crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos de risco, após seis meses de vida: inquérito domiciliar (The growth and development of newborns at risk, after six months of life: household survey)	
Christine Baccarat De Godoy Martins, Tiara Aida Oliveira Pessoa, Fernanda Cristina Aguiar Lima, Maria Aparecida Munhoz Gaiva.....	155

ISSN 2236-5834**Revista Saúde (SANTA MARIA)****EDITORIAL**

Com vigor renovado e muito entusiasmo, estamos completando oito meses na Direção do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, e nesse período trabalhamos pela melhoria e ampliação dos espaços físicos e pela modernização da estrutura administrativa, promovendo ações de valorização e união de todos os servidores e apoio para aquisição de equipamentos essenciais às atividades docentes e de pesquisa. Estamos unidos pela boa formação de nossos alunos dos sete cursos de graduação e oito cursos de pós-graduação, incluindo as residências médicas e multiprofissionais, totalizando quase 3.000 alunos matriculados que estão sob os cuidados de 276 professores e 167 técnico-administrativos em educação. Esta é uma unidade de ensino de excelência da qual tenho muito orgulho e estou muito feliz por desempenhar essa função de grande responsabilidade.

A Revista Saúde (Santa Maria) do nosso Centro tem como missão “a publicação de trabalhos inéditos e originais na área da Saúde, com o intuito de disseminar conhecimentos desta área”, e muito bem a tem cumprido graças a uma excelente atuação dos Editores Gerentes, Comissão Editorial Executiva, Conselho Editorial e pela responsável pela Editoração Eletrônica e diagramação. A todos, nossos agradecimentos. Não poderíamos deixar de agradecer aos autores que confiaram seus trabalhos inéditos neste periódico, como também ao corpo de avaliadores.

Esse volume contempla 16 artigos originais e três artigos de revisão, que juntos traduzem todo o potencial da revista para a nossa área da saúde.

Para encerrar esse editorial, gostaríamos de lembrar nossa comunidade que o Centro de Ciências da Saúde comemorou esse ano, o cinquentenário de formatura da primeira turma do Curso de Odontologia e os 60 anos de criação do nosso curso de Medicina, ambos homenageados com placas comemorativas.

A todos, uma boa leitura, boas festas de final de ano e um feliz 2015.

Prof. Dr. José Edson Paz da Silva
Diretor do Centro de Ciências da Saúde

Condicionamento gengival visando o perfil de emergência em prótese sobre implante

Gustavo Adolfo Terra Quesada¹ Melissa Rizzardi² Leticia Jung Franciscatto³ Fabíola Rossato Arrais³

RESUMO

A procura por um resultado que alie função e estética satisfatória vem se tornando uma exigência cada vez maior quando se trata de uma reabilitação de próteses implanto-suportadas. Muitos pontos críticos desse processo vêm sendo solucionados através do conhecimento para um correto posicionamento dos implantes. Uma adequada manipulação dos tecidos moles, além de um apurado trabalho protético torna-se essenciais em áreas estéticas. O objetivo deste trabalho é contrastar, através de uma revisão de literatura, algumas técnicas de condicionamento gengival visando a um perfil de emergência. Concluiu-se que um plano de tratamento bem realizado, um eficaz controle de placa bacteriana, além de uma preparação meticulosa da área doadora, receptora e suturas, constituem pré-requisitos fundamentais para o sucesso da terapia. Logo, existem diferentes etapas onde se pode intervir nos tecidos periimplantares: antes da colocação dos implantes, simultaneamente à colocação dos mesmos, durante a fase de osseointegração e na reabertura dos implantes.

Descritores: Estética; Prótese Dentária; Implantes Dentários.

Gingival conditioning in order to make the emergence profile on implant-supported prostheses

ABSTRACT

The search for a result that satisfactorily combines function and aesthetics, is becoming an increasingly pressing need when it comes to rehabilitation of an implant-supported prostheses. Many critical points of this process have been solved by the knowledge for the correct positioning of the implants. Soft tissue management and an accurate prosthetic work have been shown very important in the aesthetics areas. The focus of this work is to compare some techniques of gingival conditioning based on a specific literature review. Completes that a well executed treatment, an effective hygiene and a meticulous preparation of the recipient site, donor site, graft and suture, constitute a fundamental requirement for a successful therapy. Thus, commonly there are different stages where you can step in peri-implant tissues: before or simultaneously the installation of implants, during the period of osseous integration and in the re-opening of implants.

Descriptors: Esthetics; Dental Prosthesis; Dental Implants.

¹ Doutor em Odontologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

² Especialista em Implantodontia pela Universidade de Maringá (UNINGÁ-SM), Santa Maria, RS, Brasil.

³ Graduada em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

Introdução

A odontologia atual vive uma constante busca da excelência estética, funcional e biológica em todos os seus segmentos, para pacientes que se tornam cada vez mais diferenciados, que freqüentemente, depositam uma grande expectativa no que tange ao resultado estético final de seu tratamento.

Em implantodontia, para conseguirmos um resultado estético próximo ao natural, é necessário um correto manuseio dos tecidos moles. É importante a forma, o contorno, o limite cervical, o perfil de emergência da coroa implanto-suportada e a qualidade e quantidade de mucosa periimplantar.

Sabe-se que, altura e a espessura do osso alveolar são mantidas graças à permanência das raízes dentais dentro de seus alvéolos e que, após exodontias, é comum ocorrerem reabsorções do rebordo alveolar. Este tipo de alteração pode resultar em prejuízo estético, devido à perda da harmonia do contorno alveolar¹.

Um protocolo cirúrgico bem realizado associado a exames pré-operatórios e um plano de tratamento correto, constituem um pré-requisito para o sucesso do futuro resultado do tratamento com implantes. A instalação de implantes dentro da posição ideal, tanto no aspecto méso-distal como no aspecto vestibulo-lingual é de fundamental importância².

Os procedimentos de condicionamento gengival podem ser efetuados previamente, durante ou após a instalação dos implantes, com o intuito de maximizar os resultados estéticos dos tecidos moles periimplantados.

A fase de modelamento gengival pelos provisórios, secundária à reabertura, visa contribuir para a conquista de uma adequada harmonia entre os tecidos moles e o perfil de emergência da futura prótese cerâmica definitiva.

A presente pesquisa bibliográfica pretende contrastar técnicas de condicionamento gengival para formação da papila intermediária e reconstituição do arco côncavo gengival. Foi realizada uma revisão da literatura selecionando referências atuais e clássicas por alunos que depois foram revistas pelo orientador, chegando ao consenso das conclusões.

Revisão

O principal fator para o sucesso do condicionamento gengival é um controle de placa severo, caso contrário, perde-se o controle sobre o direcionamento gengival, devido ao processo de inflamação que se instala no local. Desse modo, somente em um paciente devidamente orientado, estimulado, e que consiga atingir a eliminação da placa bacteriana, é que deve se iniciar o condicionamento³.

O aspecto e a avaliação do volume do tecido mole permite prever as necessidades de aumentar o tecido e a escolher técnicas e sequencias de tratamento mais apropriado ao restabelecimento do perfil anatômico correspondente ao sorriso do paciente. Através de um bom planejamento podemos indicar as manobras cirúrgicas necessárias. Em 9 casos de indivíduos insatisfeitos com próteses removíveis, que possuíam perdas dentárias anteriores, foram realizados os planejamentos onde em todos os casos, foram realizados enxertos ósseos, e posteriormente, após a colocação do implante, foram planejados enxertias e condicionamento gengival, sempre enfatizando que o controle de placa é fundamental para o sucesso da terapia. Os enxertos foram realizados com osso autógeno e uso de membrana de colágeno².

A exigência estética varia de um paciente para outro, e o resultado estético depende da forma, do contorno, do limite cervical, do perfil de emergência da restauração implanto suportada e da qualidade e quantidade da mucosa periimplantar⁶. Um resultado estético muito satisfatório é freqüentemente difícil de ser obtido.

As manipulações de tecido mole disponíveis podem resolver uma grande quantidade de problemas estéticos. Por exemplo, o enxerto de tecido conjuntivo pode reparar defeitos menores no rebordo, restaurar contornos originais pelo aumento da altura e espessura dos tecidos moles. Na região anterior da maxila, ou quando o paciente percebe ser esteticamente importante, o posicionamento do implante será determinado pela necessidade de maximizar tanto a estética quanto a função pela necessidade das restaurações suportadas por implantes. Alguns fatores devem ser estudados no pré-operatório como: linha do sorriso, suporte labial, simetria facial, quantidade e qualidade de tecidos moles, perfil de emergência, tipo de componentes protéticos a serem usados e contorno futuro da restauração final⁷.

A aplicação de técnicas de carga imediata pode auxiliar no resultado estético final. Com essa técnica evita-se uma manipulação excessiva dos tecidos, pois não precisa de cirurgia de reabertura, ocorrendo a cicatrização dos tecidos moles ao redor da prótese provisória⁸.

A necessidade de tecido ceratinizado em torno dos implantes na reabilitação oral é ainda um pouco controversa no que diz respeito ao seu sucesso a longo prazo⁹. A mucosa ceratinizada não é indispensável para a manutenção do tecido periimplantar, quando há uma adequada higienização oral. A forma e a quantidade de tecido ceratinizado podem ser alcançadas ou ampliadas antes, durante ou após a inserção dos implantes.

A implantação imediata em alvéolos frescos pós-extração é uma opção terapêutica muito utilizada em áreas estéticas. A possibilidade de substituição imediata de um dente comprometido por um implante aumenta consideravelmente a aceitação do procedimento por parte dos pacientes, uma vez que diminui o número de procedimentos cirúrgicos¹⁰.

Para conseguirmos uma adequada estética gengival em implantes unitários imediatos a melhor maneira é a confecção de restauração temporária fixa sobre o implante, copiando a arquitetura gengival original circundante ao dente natural. O provisório confeccionado previamente no modelo promove uma transferência fiel da posição do dente, bem como do relacionamento deste com o tecido gengival. Para a otimização da estética a plataforma do implante deve ficar 2 mm aquém da margem gengival. As vantagens da colocação imediata de implantes são: menor tempo de trabalho, preservação do contorno gengival e oportunidade para um posicionamento axial mais ideal do implante¹¹.

A preservação de papilas é um dos maiores desafios da implantodontia, já que há pouca irrigação sanguínea entre implantes e um menor número de estruturas de suporte do periimplante em relação ao periodonto. As incisões conservadoras, realizadas com Punch permitem um melhor contorno da mucosa, tempo cirúrgico menor devido à ausência de suturas e maior estabilidade dimensional dos tecidos duros e moles devido à ausência de retalho mucoperiosteal¹².

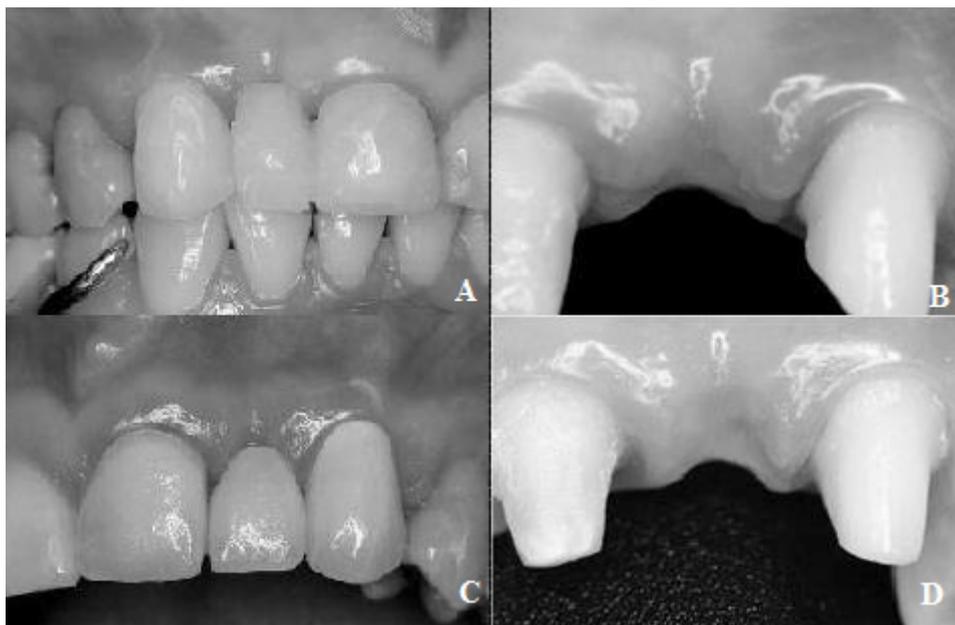
Em um estudo clínico em 2009, foi descrito o uso da técnica de pressionamento dos tecidos como altamente satisfatória tanto estética quanto funcionalmente para alcançar a remodelação e readaptação tecidual¹³. Dessa forma, a aplicação de uma pressão poderia criar a ilusão de estar o pêntico emergindo dos tecidos e a formação de "pseudo" papilas interdentais que proporcionam um efeito mais natural ao sorriso.

Em 2007, foi avaliada a estabilidade de enxertos gengivais posicionados em torno de implantes dentais no segundo momento cirúrgico (reabertura)¹⁴. Quatorze pacientes com implantes cobertos por inadequada mucosa queratinizada foram estudados e submetidos à cirurgia plástica periimplantar onde enxertos gengivais autógenos foram utilizados de acordo com a situação clínica presente. Os pacientes foram avaliados com até 12 meses de pós-operatório e os dados sugerem que a cirurgia plástica periimplantar no segundo estágio cirúrgico pode resultar em aumento da espessura da mucosa, especialmente quando realizada em áreas onde a mucosa apresenta um fenótipo delgado.

A harmonia gengival é um importante elemento na estética do sorriso. Os profissionais precisam ter o conhecimento essencial para criar um perfil de tecido mole ideal ao redor de dentes naturais e implantes dentários. Em 2010, através da descrição de dois casos clínicos¹⁵, foram descritos os requisitos para uma arquitetura gengival ideal e as técnicas utilizadas (enxerto gengival), para alcançar este objetivo, assim como as suas limitações. De acordo com as suas conclusões, a estética gengival irá depender de múltiplos fatores como saúde, quantidade, qualidade, simetria e equilíbrio do tecido mole residual. O manejo cuidadoso dos tecidos moles, associado à adesão aos princípios biológicos e estéticos, irá aumentar a probabilidade de obtenção de resultados satisfatórios.

Pressão gradual: A pressão gradual baseia-se na utilização da restauração provisória para se conseguir o condicionamento gengival⁵. A força de pressão exercida sobre a área deve ser avaliada, pois uma pressão excessiva pode inflamar e até ulcerar o local, ou mesmo uma pressão pequena pouco pode ter influência sobre a área, aumentando a duração do prazo para se conseguir o direcionamento da gengiva. Ela está indicada para áreas pequenas, com espaços de um até dois pênticos, de modo que não se perca o controle sobre as áreas condicionadas. A prótese provisória, feita em resina acrílica, deve pressionar o tecido gengival de modo a modelá-lo, obtendo uma correta relação entre a gengiva e a prótese. Desta maneira, a demanda funcional é atingida, promovendo acesso para higienização e garantindo estética, sendo este um dos objetivos da prótese definitiva (Ver Figura 1)

Figura 1 – A. Instalação da restauração provisória; B. Condição inicial do tecido gengival; C. Relação da restauração provisória (dentes 11, 12 e 13) com o tecido gengival após condicionamento com pressão gradual; D. Condição final do tecido gengival após condicionamento com pressão gradual.

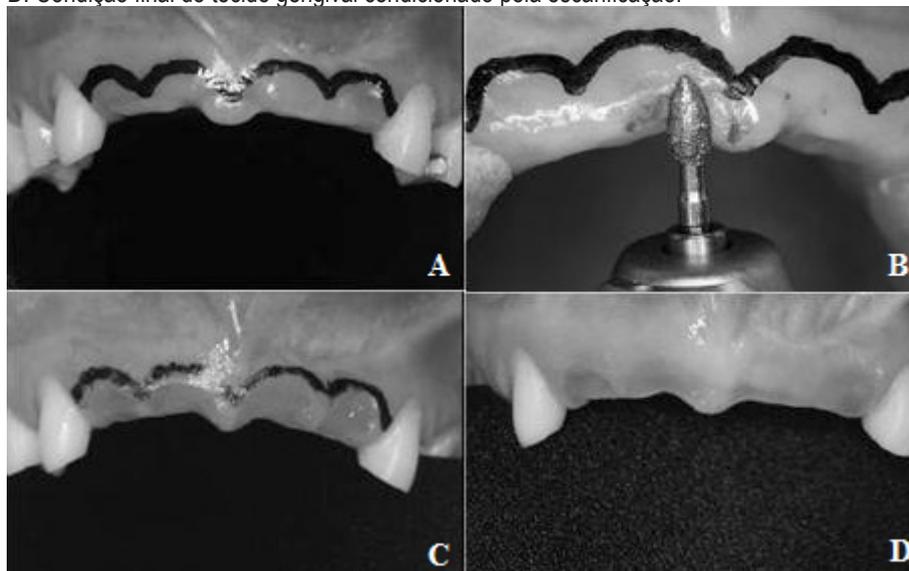


Oliveira JA, Ribeiro EP, Conti PC, Valle AL, Pegoraro LF. Condicionamento gengival: estética em tecidos moles. Rev Facul Odont Bauru. 2002; 10(2): 99-104.

A coroa dental provisória, instalada até 48 horas após o procedimento cirúrgico, deverá permanecer em infra-oclusão durante o período cicatricial para evitar micromovimentos maiores que 150 micrômetros, o que poderia interferir no processo de osseointegração¹⁶.

Escarificação: A escarificação baseia-se, também, nos princípios biológicos e funcionais da prótese definitiva. Ela está indicada para áreas de mais de um pântico, pois permite um maior controle sobre áreas extensas, proporcionando maior estética⁵. A escarificação é desenvolvida adaptando-se a restauração provisória nos pilares, delimitando com um lápis o desenho gengival que se é esperado, tomando cuidado para que a tinta do lápis não pigmente o tecido conjuntivo que será exposto. Logo após, faz-se a aplicação de anestesia terminal infiltrativa na área a ser esculpida. O tecido gengival é então esculpido por brocas diamantadas em forma de pêra, em alta rotação com irrigação, criando papilas interdentais, um arco côncavo regular e as concavidades que receberão os pânticos. (Ver Figura 2)

Figura 2 – A. Condição inicial do tecido gengival com marcação guiada pela restauração provisória para realização da escarificação; B. Início da escarificação em alta rotação com broca em pêra sob irrigação no tecido gengival; C. Condição do tecido gengival escarificado; D. Condição final do tecido gengival condicionado pela escarificação.



Oliveira JA, Ribeiro EP, Conti PC, Valle AL, Pegoraro LF. Condicionamento gengival: estética em tecidos moles. Rev Facul Odont Bauru. 2002; 10(2): 99-104.

Técnica da dobra cirúrgica: Essa é uma técnica de manipulação dos tecidos moles, que permite um ganho de volume e contorno estético, sem a necessidade de enxertos gengivais ou ósseos¹⁷. Essa técnica é feita através da aplicação de uma dobra cirúrgica gengival no momento da reabertura do implante, para colocação de um cicatrizador ou de um componente protético ou uma coroa provisória. Com uma lâmina de bisturi 15c, faz-se incisão no sulco gengival dos dentes vizinhos à área a ser aberta e outra incisão horizontal deslocada para palatina. Esta deverá ser feita a fim de obter tecido queratinizado do palato; sendo que o deslocamento desta incisão dependerá do quanto se necessita ganhar em volume pela vestibular, medição esta feita com régua milimetrada em um modelo de gesso ou na própria cavidade oral onde se estenderá a incisão para palatina, de acordo com a quantidade de tecido medido da depressão vestibular. Desloca-se um retalho de espessura total. Coloca-se o cicatrizador selecionado ou componente protético e provisório. Sutura-se o retalho obtido do palato, pela vestibular, com pontos em forma de suspensório para cada lado proximal (Ver Figura 3). Foi observado que se pode aumentar o ganho final de volume gengival, através de incisões relaxantes na vestibular, sendo que incisões pequenas concentram o ganho de volume na região coronal, enquanto que incisões maiores aumentam o volume em quase toda altura do processo alveolar e aumentam também a faixa de gengiva ceratinizada. É fator também de relevância a forma de suturar este tecido deslocado, sendo que suturas de contenção são indicadas tendo como entrada e saída a vestibular do tecido gengival.

Figura 3 – Técnica da dobra cirúrgica.



MOTTA, S.; CAMILO, F.; Técnica de dobra cirúrgica para reabertura de implantes osseointegrados; Rio de Janeiro. [capturado em Nov. 2007] Disponível em www.clivo.com.br/pdf/dobra_cirur.pdf.

As seguintes considerações foram salientadas para se garantir o sucesso da técnica: 1) profundidade do sulco rasa do dente adjacente ao rebordo desdentado; 2) deve existir uma zona de gengiva ceratinizada ao rebordo do dente adjacente de forma a suportar procedimentos cirúrgicos e restauradores; 3) deve existir uma adequada quantidade e qualidade tecido mole na área desdentada para permitir elevação desejada e espessura do retalho suficiente para prevenir perfuração e para adicionar rebordo; 4) divisão do retalho muco-gengival deveria ser cuidadosamente confinada a área do defeito e o pedículo de tecido conjuntivo posicionado se excessiva pressão para prevenir necrose¹⁸.

Técnica de Nencovsky: Nessa técnica é feita uma incisão em forma de “U”, inicialmente dentro do sulco gengival dos dentes adjacentes, estendendo-se pelo palato um pouco atrás de onde estão localizados os parafusos de cicatrização”. Nesse momento é confeccionado um retalho total, levemente elevado com um destaca periósteo e deslocado de palatino para vestibular. As papilas interproximais dos dentes adjacentes são desepitelizadas para receber esse retalho. Nesse momento, o parafuso de cicatrização é movido e trocado pelo intermediário, que uma vez colocado, faz-se uma incisão no meio do retalho deslocado. Cada metade do retalho é colocada sobre as papilas adjacentes previamente desepitelizadas, e, então, suturadas na palatina com suturas verticais¹⁹.

Técnica de Palacci e Ericsson: Essa técnica cirúrgica inicia-se com uma incisão linear na região do palato ou na lingual, um pouco abaixo de onde estão localizados os cicatrizadores, seguindo-se uma incisão vertical na vestibular, em direção divergente, para dar maior suprimento sanguíneo ao retalho. Eleva-se, então, um retalho total em direção

vestibular, descobrindo os cicatrizadores, que são substituídos pelos intermediários. Nesse momento, no próprio retalho elevado por vestibular, faz-se uma incisão biselada semilunar ou em "C" na região distal de cada intermediário, formando, assim, um pedículo gengival que será deslocado 90° para mesial e localizado na região interproximal de cada intermediário, já simulando o que será a nova papila periimplantar. São realizadas as suturas nesses pedículos na região interproximal. Essa técnica pode ser utilizada tanto para implantes unitários quanto para implantes múltiplos²⁰.

Técnica de Tinti e Benfenati: Essa técnica é indicada para áreas que serão colocados mais de dois implantes adjacentes. É feita uma incisão linear de distal para mesial na região do palato, um pouco abaixo de onde estão situados os implantes, estendendo 5 mm para distal e mesial, à frente dos implantes, ou, quando há dentes naturais na área, faz-se uma incisão intra-sulcular. Um retalho total é então deslocado de palatino para vestibular, expondo os parafusos de cicatrização, que serão substituídos pelos intermediários. O retalho deslocado para vestibular é suturado em rampa, ficando de 5 a 6 mm mais alto em relação ao palato. Após 4 a 5 semanas, no segundo estágio cirúrgico, é feita uma gengivectomia por vestibular na região dos intermediários, para dar a forma de papila²¹.

Enxerto de tecido conjuntivo: Com o objetivo de conseguir uma espessura maior do tecido gengival, foi descrita, em 2007, uma técnica de enxerto de tecido conjuntivo, usando a técnica da tunelização²². Nessa técnica realizam-se duas incisões horizontais na área receptora, a primeira na crista vestibular do rebordo, e realizada o aprofundamento desta incisão até o fundo do vestibulo dividindo o retalho mucoperiósteo. O mesmo é afastado para preparar o espaço para receber o enxerto conjuntivo. Realiza-se a mensuração da profundidade para a localização da segunda incisão no fundo de vestibulo. A área de eleição é a da abóbada palatina. Nela é feita uma incisão profunda e perpendicular ao longo eixo dos dentes, distante 3 mm do sulco gengival. Em seguida realiza-se uma manobra cirúrgica dividindo o tecido conjuntivo do epitélio em direção apical e incisando nas laterais e apicalmente do retalho. São descolados o periósteo com o conjuntivo conseguindo a soltura e remoção do mesmo. O osso palatino é recoberto com o tecido epitelial dividido remanescente e suturado. São passados dois fios de sutura no enxerto conjuntivo, um em cada extremidade, para levar o enxerto à posição interposta. Após o enxerto de tecido conjuntivo estar devidamente posicionado no leito cirúrgico estabiliza-se ele com um ponto simples na região mediana, e os fios de tracionamento são removidos. Finalmente, realizam-se as suturas das incisões horizontais, fechando a loja cirúrgica. Essa técnica da tunelização é indicada para corrigir defeitos de Classe I pequenos, moderados e amplos.

Sutura de contenção de papila: A utilização dessa técnica se aplica ao tratamento com implantes em alvéolos cicatrizados e utilizando-se de provisórios imediatos. Faz-se uma incisão em forma de W iniciando na região proximal no aspecto mesial dos dentes vizinhos à área edêntula. Estas incisões seguem em direção méso-palatina e são unidas por uma segunda incisão em forma de parábola com o vértice voltado para vestibular. A execução correta da incisão é fundamental ao sucesso da técnica, pois todo o tecido deslocado do palato será colocado em íntimo contato com a face vestibular do provisório, onde os vértices formados pelo encontro das duas incisões constituirão as papilas interproximais. Com o tecido sobreposto ao provisório, pinçamos a papila e transferimos a mesma em sentido vestibular, ou seja, da face interna (formada por tecido conjuntivo) para a face externa (formada por tecido epitelial). O fio de sutura passa em íntimo contato com a face cervical do dente vizinho e passa pela proximal com o dente seguinte. É dado um nó simples na mesial do ângulo do dente vizinho. Com isso, nenhuma tensão é aplicada sobre a papila e a sua posição é perpetuada. Após 10 dias, as suturas são removidas e o tecido completará a cicatrização em aproximadamente 4 semanas. O manuseio do espaço interproximal, utilizando-se desta técnica de incisão e sutura, resultará numa reconstrução da papila interproximal e contorno vestibular satisfatórios, além de uma maior quantidade de tecido queratinizado, o que resultou em um melhor mecanismo de defesa da mucosa periimplantar²³.

Retalho de espessura parcial reposicionado apicalmente: Faz-se uma incisão palatina na direção méso-distal e o retalho é descolado. Mantém os tecidos gengivais tanto mesialmente quanto distalmente no espaço interproximal. O retalho é reposicionado apicalmente no aspecto vestibular e suturado. A superfície da ferida do palato epiteliza aproximadamente em 2 semanas²⁴ (Ver Figura 4).

Figura 4 – Retalho de espessura parcial reposicionado apicalmente.



Spiekermann H. Atlas colorido de odontologia: implantologia. 1ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Cicatrizadores e componentes protéticos: Alguns fatores, relacionados à Implantodontia estética, estão intimamente ligados aos pilares, emergentes ou abutments que, ao longo do tempo, sofreram grandes transformações, buscando soluções estéticas adequadas. Os pilares metálicos ganharam popularidade após a introdução do pilar UCLA que permite a individualização através de fundição, suportando prótese cimentada ou parafusada. Uma variedade de formas permitiu que pilares preparáveis de titânio (TiAdapt®, Nobel Biocare®; Anatomic abutment®, SteriOss®, PrepTite®, 3i/Implant Innovations®, etc) tivessem o mesmo propósito. Em alguns casos, a correta seleção de um pilar de titânio e sua individualização permite a obtenção de uma restauração com perfil de emergência e estética aceitável. Porém, em casos com margem de gengiva livre muito fina, corre-se o risco da região cervical ficar com um halo escuro visível devido à cor metálica do pilar, impedindo a difusão e reflexão da luz. A necessidade estética e o desejo de não se ter estruturas metálicas são fatores que enfatizaram a importância dos sistemas cerâmicos. Componentes cerâmicos têm sido introduzidos por muitos fabricantes, proporcionando pilares mais estéticos que os metálicos. Os tipos disponíveis são: Alumina, Alumina/Zircônia e Zircônia. Esses pilares podem ser classificados em: pré-fabricados e personalizados²⁵.

O pilar UCLA foi introduzido por Lewis em 1998 e pode ser utilizado tanto para próteses cimentadas quanto para restaurações parafusadas. Pode-se restaurar casos unitários, utilizando copings anti-rotacionais, parciais e totais empregando copings rotacionais. Este pilar possui coifas calcináveis totalmente em plástico, com sua base pré-usinada em metal nobre ou ligas de metal básico. O pilar Easy Abutment e o Ceraone são indicados para restaurações cimentadas unitárias e pequenas pontes. Podem-se utilizar coroas metalocerâmicas e peças de cerâmica pura. Os pilares preparáveis são pilares que possuem um corpo pré-fabricado, porém permitem que o profissional faça um preparo de suas paredes e término cervical para individualização dos casos. São pilares indicados para próteses unitárias cimentadas. Tais pilares são fabricados tanto em titânio quanto em zircônia²⁶.

Discussão

A exigência estética por parte do paciente está cada vez mais apurada. Quando se trata de reabilitar o paciente com implantes osseointegráveis, na maioria dos casos, a expectativa é ainda maior. Para atender tais expectativas, deve-se ter conhecimento anatômico dos tecidos periimplantares para entender as várias correlações entre o tecido ósseo, mucosas, implante e prótese. Nas regiões edêntulas, a maioria do rebordo alveolar é acometida por alterações óssea e gengival devido ao trauma cirúrgico, a própria remodelação fisiológica do tecido ósseo e, em determinados casos, pela prótese utilizada anteriormente agravando a atrofia da região^{1,6,7,10,15,19,22}.

Alguns fatores devem ser observados antes do início do tratamento: volume de tecido necessário para eliminar a deformidade do rebordo, tipo de enxerto ou implante a ser utilizado, localização do sítio doador do enxerto, número e tempo entre vários procedimentos do tratamento, desenho da prótese provisória, tecido desejado, desenho do guia cirúrgico, possíveis problemas com descoloração do tecido e obtenção da cor do tecido desejado^{15,22}.

A excelência da estética se deve principalmente ao planejamento cirúrgico e execução de manobras pré-cirúrgicas. Assim, o planejamento se torna requisito obrigatório, pois através dele vamos determinar as manobras que cada caso necessita para chegarmos a um resultado estético satisfatório^{2,8,10}.

A ausência de mucosa ceratinizada pode comprometer a sobrevida do implante⁴. Um mínimo de 2 mm de tecido ceratinizado é necessário para conseguirmos saúde perfeita dos tecidos que circundam o implante⁵. Já, outros autores sugerem que menos de 1 mm de tecido ceratinizado pode ser adequado, desde que a placa bacteriana esteja bem controlada⁴.

Entretanto, em 2006, afirmou-se que a presença da faixa de gengiva ceratinizada, não tem sido considerada um pré-requisito a sobrevida do implante, contudo a sua presença traz as seguintes vantagens: a margem gengival se mantém constante e resistente à recessão; melhor estética, pois auxilia na formação de papilas; facilita a higiene oral; a manipulação cirúrgica se torna mais fácil; facilita procedimentos de moldagem; oferece resistência aos danos causados pela ação mecânica da escovação. Há diferença na espessura do tecido gengival, e, portanto, diferentes biótipos gengivais. A falta de espessura gengival pode causar transparência na área de inserção do implante, ocasionando translucidez na prótese sobre-implante⁹.

Uma das condutas clínicas mais satisfatórias e simples de ser realizada é o direcionamento gengival por compressão suave para formação da papila^{9,5,11,19}. Além disso, em outro estudo¹³, são citadas vantagens funcionais quanto à prevenção do acúmulo de placa proporcionada pelo contato íntimo entre tecidos e pântico, com consequente ausência de sinais visíveis de inflamação.

Um dos procedimentos mais indicados para aumentar a espessura gengival parece ser o enxerto gengival. Foi concluído que a cirurgia plástica gengival pode resultar em aumento de espessura da mucosa principalmente em locais em que o fenótipo é delgado¹⁴. O enxerto de tecido conjuntivo pode reparar defeitos no rebordo, restaurar contornos originais pelo aumento da altura e espessura dos tecidos moles⁷. Os enxertos de tecido conjuntivo subepitelial vêm sendo considerados a técnica padrão em cirurgia plástica periodontal já que a sua utilização permite um duplo suprimento sanguíneo do enxerto e minimiza problemas com relação à coloração do tecido após cicatrização^{1,22}.

A técnica da dobra cirúrgica é um procedimento mais simples e menos invasivo que as técnicas de enxerto gengival livre podendo ser facilmente realizada pelo clínico. Esta técnica não reverte em custos para o cirurgião ou paciente pois dispensa o uso de biomateriais, evita a morbidade de um leito doador e receptor como nas técnicas de enxertia gengival e há um ganho de volume gengival, favorecendo a estética na prótese^{17,18}. Porém, o trabalho necessita de acompanhamento longitudinal para avaliação da estabilidade e manutenção dos tecidos gengivais modificados por esta técnica, a médio e longo prazo.

A substituição de dentes comprometidos por implantes imediatos em áreas estéticas é cada vez mais freqüente. Entretanto, a remodelação dos tecidos periimplantares após a exodontia, ainda que seguida da colocação imediata do implante, pode comprometer o resultado estético do tratamento^{10,12}.

A carga imediata quando bem indicada, além de trazer um maior conforto ao paciente, por evitar o uso de restaurações provisórias removíveis e encurtar o tempo de tratamento, pode também ser uma das melhores maneiras de condicionamento dos tecidos periimplantares^{8,11}. Regras básicas como: seleção do diâmetro correto da cabeça do implante, distância entre eles e posicionamento tridimensional dos mesmos são fundamentais para o êxito estético do tratamento, sendo o guia cirúrgico uma ferramenta indispensável para a sua obtenção.

Conclusão

Um plano de tratamento bem realizado e um eficaz controle de placa constituem um pré-requisito fundamental para o sucesso da terapia com implantes.

De um modo geral, há diferentes etapas onde se pode intervir nos tecidos periimplantares: antes da colocação dos implantes, simultaneamente à colocação dos mesmos, durante a fase de osseointegração e na reabertura dos implantes.

O sucesso do aumento de tecido mole depende da preparação cuidadosa da área receptora, seleção de uma adequada área doadora, preparação meticulosa do enxerto, precisão no posicionamento do enxerto e técnica de sutura adequada.

A exigência estética varia de um paciente para outro, e o resultado estético depende da forma, do contorno, do limite cervical, do perfil de emergência da restauração implantada suportada e da qualidade e quantidade da mucosa periimplantar.

Com base na revisão de literatura, não há diferença entre as técnicas para o sucesso, porém existem condições individuais e limitações que devem ser avaliadas caso a caso criteriosamente.

Referências bibliográficas

1. Pelegrine AA, Costa CE, Sendyk WR. Enxerto de tecido conjuntivo: uma alternativa para alcançar a estética periimplantar. Relato de caso. *Implantnews*. 2006; 3(3): 249-254.
2. Lindhe J. Tratado de periodontia clínica e implantologia oral. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
3. Parnaíba, ACO. Condicionamento gengival em prótese fixa sobre dentes e implantes suportados. Monografia da FUNORTE, Três Corações/MG, 2012.
4. Nascimento, P. L. A.; Rocha, D. N.; Maia, J. O. ; Coimbra, L. M. R.; Dias, A. H. M.. Estética periimplantar por meio de condicionamento gengival. *RGO. Revista Gaúcha de Odontologia*. 2012. V. 60, N. 4.
5. Oliveira JA, Ribeiro EP, Conti PC, Valle AL, Pegoraro LF. Condicionamento gengival: estética em tecidos moles. *Rev Facul Odont Bauru*. 2002; 10(2): 99-104.
6. Davarpanah M. Manual de implantodontia Clínica. Artmed; 2003. 337p.
7. Askary AS. Cirurgia estética reconstrutiva na implantodontia. São Paulo: Santos, 2004.
8. Camargo LO, Tortamano P, Missaka R. Conduta de planejamento em setores estéticos associados à carga imediata – Descrição de caso clínico. *Implantnews*. 2005; 2(2): 132-136.
9. Francischone CE, Nary H, Filho, Matos DA, Lira HG, Neves JB, Vasconcelos LW, Paz LG, Duarte LR. Osseointegração e o Tratamento Multidisciplinar. São Paulo: Quintessence; 2006; 320p.
10. Tosta M, Ferraz P, Moura GS Filho, Guerra L, Saraceni CH, Tosta M et al. Previsibilidade em áreas estéticas: o conceito da abordagem imediata. *Rev Dental Press Periodontia Implantol*. 2007; 1(1): 95-111.
11. Filho JS, Encarnação IC, Silva AP, Dotto CA. Como conseguir adequada estética gengival em implantes unitários imediatos: relato de caso clínico. *Perionews*. 2007; 1(3): 219-223.
12. Gomes CE, Kock A, Sherer M, Antunes D, Salvoni AD, Wassall T. Exodontia múltipla preventiva e instalação de implantes cônicos, utilizando a técnica de múltiplas incisões circulares na preservação do rebordo alveolar e obtenção de perfil gengival estético. *Implantnews*. 2007; 4(6): 698-703.
13. Kim TH, Cascione D, Knezevic A. Simulated tissue using a unique pontic design: a clinical report. ; *J Prosthet Dent*. 2009; 102(4): 205-210.
14. Speroni S, Ciccio M, Maridati P, Grossi GB, Maiorana C. Clinical investigation of mucosal thickness stability after soft tissue grafting around implants: A 3-year retrospective study. *Indian J Dent Res*. 2010; 21(4): 474-479.
15. Simon Z, Rosenblatt A. Challenges in achieving gingival harmony. *J Calif Dent Assoc*. 2010; 38(8): 583-590.
16. Pimentel AC, Pires CS, Silva EL, Rios MA, Lacerda PN. Carga Imediata em Implantes Unitários – Relato de dois casos clínicos. *Implantnews*. 2007; 4(4): 433-436.
17. Motta, S.; Camilo, F.; Técnica de dobra cirúrgica para reabertura de implantes osseointegrados; Rio de Janeiro. [capturado em Nov. 2007] Disponível em www.clivo.com.br/pdf/dobra_cirur.pdf.
18. Togashi AY. Técnica de aumento do tecido mole peri-implantar. *Rev Paranaense Perio Implant*. 2003; 1(1): 25-31.
19. Nemcovsky CE, Moses O, Artzi Z. Interproximal papillae reconstruction in maxillary implants. *J Periodontol*. 2000; 17(2): 308-314.
20. Palacci P, Ericsson I. Esthetic implant dentistry: Soft and hard tissue management. Chicago: Quintessence; 2001.
21. Tinti C, Benfenati SP. The rampe mattress suture: a new suturing technique combined with a surgical procedure to obtain papillae between implants in the buccal area. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2002; 22(1): 505-510.
22. Curvelo, JC, Jr, Magalhães JC, Zaffalon GT, Smanio H, Neto, Anselmo SM. Tratamento cirúrgico do defeito do rebordo para otimizar o perfil de emergência em implantes osseointegrados. *Implantnews*. 2007; 4(3): 279-284.

23. Barbara AB, Martins MR, Barcelos MJ, Perrota LA. Sutura de contenção de papila: uma abordagem cirúrgica em prótese unitária imediata sobre implante. *Implantnews*. 2006; 3(1): 49-54.
24. Spiekermann H. Atlas colorido de odontologia: implantologia. 1ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2005.
25. Bottino MA, Faria R, Buso L, Silgtz F. Implantodontia estética: O desenvolvimento de um novo pilar cerâmico. *Implantnews*. 2005; 2(6): 592-600.
26. Herbstrith RM, Oshima HM, Teixeira ER, Gruending CA, Coelho LF. Alternativas estéticas para casos unitários com a utilização de pilares pré-fabricados. *Implantnews*. 2007; 4(1): 59-62.

Gustavo Adolfo Terra Quesada

Endereço para correspondência – Rua Professor Braga, n.45, apto 801. Bairro Centro, CEP: 97015-530, Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: gquesada@via-rs.net

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1601226679926322>

Melissa Rizzardi – merizzardi@hotmail.com

Letícia Jung Franciscatto – leticiafranciscatto@hotmail.com

Fabiola Rossato Arrais – fabiarrais@hotmail.com

Enviado em 22 de maio de 2012.

Publicado em 20 de janeiro de 2014.

O sistema único de saúde brasileiro: em busca de uma identidade

Sérgio Arthur Silva¹ Bruna Parnov Machado¹ Suzinara Beatriz Soares de Lima²

RESUMO

Criado em plena época de transição, no fim do regime de ditadura militar e início do processo de restabelecimento do Estado Democrático e de Direito, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge como uma conquista popular, que teve como embrião o Movimento da Reforma Sanitária e a mobilização de movimentos populares que defendiam a saúde como direito de todos e dever do Estado. Estabelecido constitucionalmente pela Constituição Federal Brasileira de 1988 e normatizado pelas Leis 8080/90 e 8142/90, o SUS surge com o objetivo de atender às necessidades de saúde da população. No entanto, o Sistema apresenta-se como contra-hegemonico numa sociedade inserida no modo de produção capitalista. O objetivo do artigo é propor uma reflexão sobre os limites e potencialidades de construção e efetivação de um sistema de saúde que atenda às necessidades de saúde da população num contexto de conflitos de interesses no âmbito de uma sociedade capitalista. Trata-se de um artigo de reflexão, que utilizou como referencial teórico o materialismo dialético de Karl Marx. Observou-se que o SUS enfrenta como principal obstáculo para sua consolidação os fortes interesses econômicos no âmbito de uma sociedade onde o lucro e a acumulação de capital são preponderantes e seu fortalecimento passa pela participação de trabalhadores de saúde e, principalmente, usuários na sua defesa.

Descritores: Assistência à saúde; Sistema Único de Saúde; Saúde Pública.

The brazilian unified health system: in search for an identity

ABSTRACT

Created at the height of transition between the end of military dictatorship and the beginning of restoration democratic rules' law process, the Unified Health System (SUS) emerges as a popular victory, which was as embryo of the Health Reform Movement and the mobilization of popular movements that defended health as a right for all people and as an obligation of the State. Constitutionally established by the 1988 Constitution Brazilian and regulated by the 8080/90 and 8142/90 Laws, SUS emerges with the object to meet the population's health needs. However, the system presents itself as a counter-hegemonic in one society inserted into the capitalist production mode. The aim of this paper is to propose a reflection on the limits and possibilities of construction and execution of a health care system that meets the health needs of the population in the context of conflicts of interest within a capitalist society. It is an article of reflection, which used as a theoretical dialectical materialism of Karl Marx. It was observed that the NHS faces as their main obstacle to consolidating the strong economic interests in the context of a society where profit and capital accumulation are predominant and their empowerment requires the involvement of health workers, and especially users in their defense.

Descriptors: Delivery of Health Care; Unified Health System; Public Health.

¹ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

² Pós doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

Introdução

Estabelecido pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde representa a prova de criar um sistema de saúde baseado em pressupostos como universalidade, integralidade, descentralização e controle social. Deste modo, fariam dele um construto voltado aos interesses dos usuários e potencialmente prejudicial aos interesses da acumulação capitalista, na medida em que um menor número de usuários necessitaria acessar planos privados de saúde ou utilizar equipamentos de saúde de maior densidade tecnológica, de maior custo, ou seja, o SUS, por esse motivo seria, na sua essência, contraditório.

Dessa forma, parte-se da aceitação dos pressupostos constantes na obra de Karl Marx como subsídio para entender como ocorreu o desenvolvimento do setor saúde dentro de um contexto de luta de classes e conflito de interesses, bem como estes interferem hoje sobre a organização do Sistema Único de Saúde.

A história da sociedade brasileira está permeada por contradições e conflitos de interesses de classes, e nesse contexto, o setor saúde tem adquirido importância como política pública, que ao mesmo tempo em que atua como forma de descompressão social e cooptação de classes populares, serve como instrumento de acumulação capitalista.

Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde tem tentado exercer esse duplo e contraditório papel, fato que se evidencia, entre outros, pela forma de financiamento, na medida em que os serviços hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade são pagos por produção e a Atenção Primária em Saúde, e é financiada com base no quantitativo populacional e na adesão a políticas de saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Esse artigo parte desses pressupostos buscando mostrar a contradição do SUS, que é um Sistema que apresenta em sua essência o direito universal à saúde numa sociedade capitalista, em que as formas de gestão, modelo assistencial e pagamento aos prestadores privados podem ser instrumentos de acumulação de capital. Propõe-se uma reflexão sobre esse contexto, e discutindo a importância do contraponto da participação dos atores com interesse no fortalecimento do SUS na busca de sua consolidação enquanto sistema que atenda aos interesses dos usuários.

Nesse contexto, é importante que se defina o sentido da palavra contradição, que muitas vezes é confundida com oposição, para que possamos também perceber onde se encontra a já referida contradição do SUS.

Na oposição existem dois termos, cada qual dotado de suas próprias características e de sua própria existência, que se opõem quando, por algum motivo, se encontram. Isso significa que, na oposição podemos tomar os termos separadamente, entender cada um deles, entender por que se opõem se se encontrarem e, sobretudo, podemos perceber que eles existem e se conservam, quer haja ou não haja a oposição. Assim, por exemplo, poderíamos imaginar que os termos “senhor” e “escravos” são opostos, mas isso não nos impede de tomar cada um dos conceitos separadamente, verificar suas características e compreender por que se opõem.¹

Já em relação à contradição, só existe a relação, isto é, não podemos tomar os termos antagônicos fora dessa relação, pois como assegura o princípio, trata-se de tomar os termos *ao mesmo tempo e na mesma relação*, criados por essa relação e transformados nela e por ela. Só há contradição quando a negação é interna e quando ela for a relação que define uma realidade que é em si mesma dividida num pólo positivo e num pólo negativo, pólo este que é o negativo daquele pólo positivo e de nenhum outro.¹

Assim, temos no modo de produção capitalista dois pólos que se negam a si mesmo: burgueses (proprietário dos meios de produção) e proletários (que detém e vendem a força de trabalho), em que o burguês é o não-proletário e proletário é o não burguês. Ou seja, ao mesmo tempo em que um é a negação de outro, ambos existem apenas nessa relação.

No Manifesto Comunista, Marx e Engels estabelecem que “a história de todas as sociedades que existiram até nossos dias tem sido a história da luta de classes. A nossa época, a época da burguesia, caracteriza-se, contudo, pelo fato de ter simplificado os antagonismos de classes. A sociedade toda se cinde, mais e mais, em dois grandes campos inimigos, em duas grandes classes diretamente confrontadas: burguesia e proletariado.”²

Essas duas classes antagônicas, em processo de contradição, possuem interesses diametralmente opostos. Enquanto a burguesia visa à acumulação capitalista, por meio da expropriação e exploração da força de trabalho, representada pelo proletariado, por meio da mais-valia, essa visa obter, por meio da venda de sua força de trabalho (uma vez que não possui a propriedade dos meios de produção), mais do que sua simples subsistência, mas sua existência enquanto ser humano.

A contradição no interior do SUS, então, reside no fato de que o atendimento das necessidades de saúde da população

e a acumulação capitalista são um a negação do outro. Assim, como não é possível ser burguês e proletário ao mesmo tempo, pelas características intrínsecas de cada um dos elementos, também não pode o SUS atender os dois interesses ao mesmo tempo.

Ou seja, ou o Sistema busca atender aos interesses da população, desencadeando ações de promoção e manutenção da saúde e prevenção de doenças e com isso melhora as condições de saúde da população e diminui a demanda a toda uma gama de produtos e serviços oferecidos pelo “mercado da saúde”, ou para manter aquecida essa demanda mantém-se a população menos saudável.

O objetivo do artigo é propor uma reflexão sobre os limites e potencialidades de construção e efetivação de um sistema de saúde que atenda às necessidades de saúde da população num contexto de conflitos de interesses no âmbito de uma sociedade capitalista.

Metodologia

Trata-se de um artigo de reflexão, que utilizou como referencial teórico o materialismo dialético de Karl Marx. Utilizou-se de revisão bibliográfica, tendo utilizado o referencial do materialismo histórico e dialético, onde realizou-se uma abordagem reflexiva sobre a contradição que se coloca como essência do próprio sistema.

Discussão

Inicialmente é necessário considerar que o Sistema Único de Saúde está estabelecido no contexto de uma sociedade inserida no modo de produção capitalista e que seu objetivo maior deve ser o de garantir a vida, ajudando a promover, proteger e recuperar a saúde de todos.

Desta forma, entende-se que em função do que foi visto, a saúde é a “mercadoria” oferecida à população brasileira, uma vez que possui valor de uso (na medida em que satisfaz as necessidades do homem) e valor de troca (na medida em que pode comprar outras mercadorias).

Inicialmente, a mercadoria é um objeto que, a partir de suas propriedades materiais, tem a propriedade de satisfazer as necessidades do homem. Essa característica é conhecida como valor de uso. Por outro lado, a mercadoria também tem a propriedade de poder ser trocada por mercadorias distintas de si própria ou, em outras palavras, de comprar outras mercadorias. A essa característica chamou-se valor de troca. Então, a mercadoria pode ser definida como uma riqueza, mercantil, que possui valor de uso e valor de troca, ao mesmo tempo.³

Partindo da percepção da saúde vista como mercadoria, é natural que seja colocada à venda no mercado (com grande valor de uso e de troca) e será, com isso, um produto que estará mais acessível àqueles que tiverem capacidade de compra-la. No interior de uma sociedade caracterizada pela extrema desigualdade social e econômica, a saúde, como tantos outros produtos de consumo, seria um privilégio de parte da população, com possibilidade de pagar por ela. Ao mesmo tempo, seria uma fonte de lucro daqueles que põe à venda este “produto”, e, como consequência, também um importante meio de acumulação capitalista.

A oposição a essa situação seria, exatamente, a existência de um sistema público de saúde universal, que tivesse entre seus princípios a promoção e manutenção das condições de saúde da população, que logicamente, iria de encontro aos interesses anteriormente citados.

O processo de “venda” do “produto” saúde intensificou-se principalmente a partir da década de 60 do Século XX, com o desenvolvimento do chamado “complexo médico-industrial”, conceituado como conjunto interligado de produção de bens e serviços em saúde que se movem no contexto da dinâmica capitalista.⁴

Dessa forma, a produção e venda do produto saúde ocorrem dentro de uma lógica de mercado, onde o acesso às ações de serviços de saúde estão disponíveis com maior facilidade àqueles que podem pagar por eles, e a organização dos serviços de saúde seguiria a lógica deste mesmo mercado, que por si só regularia o setor saúde, por meio dos mecanismos de demanda e oferta.

A ideologia liberal, também em relação à prática médica, apresenta o mercado como capaz de assegurar os interesses dos produtores e dos consumidores, ainda que o discurso médico liberal procure atenuar e até mesmo descaracterizar as

evidências dessa identidade de funcionamento. Nesse caso, o melhor gerente do sistema de saúde seria uma entidade abstrata, mas concretamente ubíqua nos países que experimentaram um desenvolvimento capitalista – o próprio mercado.⁵

Como entender, então, que um sistema de saúde como o SUS, que tem com princípios a universalidade, a integralidade e o controle social, tenha nascido no âmbito de uma sociedade capitalista, e, ainda mais, num momento histórico da hegemonia do pensamento econômico neoliberal? “De uma perspectiva processual: como o SUS foi possível? No Brasil? E ainda no tempo áureo do neoliberalismo?” Sim, porque o SUS tem a marca genética do intervencionismo estatal sobre a dinâmica do mercado. É primo-irmão dos sistemas socializados de saúde e sobrinho do estado de bem-estar social.⁶

É importante observar ainda o fato que o Sistema Único de Saúde nasce num contexto de hegemonia da ideologia neoliberal, em que havia uma tendência comum a todos os países da América Latina no sentido da privatização da saúde. As diferentes modalidades de privatização teriam como denominador comum a transformação da saúde de um direito de cidadania em uma mercadoria e derivariam de uma dupla necessidade: favorecer as políticas de ajuste e impulsionar a mercantilização dos setores rentáveis dos serviços de atenção à saúde.⁷

Fazendo-se uma extrapolação do contexto político e econômico brasileiro e latino-americano à época para o contexto mundial prevalecente, deduz-se também pela existência de vários e importantes obstáculos à efetiva implantação do SUS.

Nesse sentido, o contexto político nacional e internacional de implantação do SUS não se mostrou favorável. A configuração conservadora dos governos que se sucederam no período da transição democrática estava em perfeita sintonia com o ambiente internacional, marcado pela rediscussão do papel do Estado, e se traduzia em propostas de novos modelos de políticas sociais. A partir do questionamento da universalização de direitos, proliferaram propostas de focalização do gasto público nos setores mais pobres da população, deixando para o mercado a produção de serviços sociais destinados aos setores mais favorecidos.⁷

Partindo do pressuposto de que o SUS trata-se de um sistema público de saúde, é importante considerar as formas pelas quais podem ocorrer sua gestão e financiamento.

Desse ponto de vista pode-se afirmar que esses sistemas se organizam a partir dessas duas vertentes: a de um sistema público de saúde complementado pelo privado-filantrópico (que atua de forma complementar) e a provisão de serviços de saúde baseado na livre concorrência de prestadores privados de saúde. Como não poderia de deixar de ser, cada uma dessas vertentes leva a que os serviços se estruturam e funcionem de forma diversa, o mesmo ocorrendo com o financiamento.

No que se refere à gestão segundo os interesses coletivos, sua prática administrativa se confunde com a organização da produção de serviços de saúde voltada para as necessidades sanitárias de uma coletividade. Essa modalidade de gestão prioriza a realização de diagnósticos coletivos de saúde e adota uma postura de parceria constante entre o saber técnico e os interesses sociais e a consciência sanitária dos cidadãos.⁸

O SUS nasce, enquanto princípios e diretrizes, baseado nas idéias consolidadas no relatório final de VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), que por sua vez teve como substrato idéias defendidas pelo Movimento da Reforma Sanitária. Processo esse ocorrido no contexto no ocaso do regime militar e de retomada da participação popular na discussão dos grandes temas nacionais onde se inclui, obviamente, o setor saúde e onde uma das bandeiras de luta era: saúde é democracia, democracia é saúde.

Os princípios constitucionais do SUS parecem caminhar no sentido de um sistema de saúde identificado com a democracia participativa e com os interesses e necessidades da população brasileira, especialmente das classes populares. A legislação infraconstitucional que vem a seguir com o objetivo de regulamentar os dispositivos constitucionais (Leis 8080/90 e 8142/90) pareciam caminhar na mesma direção.

No entanto, algumas questões precisam ser mais bem analisadas. A primeira delas é o reconhecimento, por meio da própria legislação, de que o Sistema Único de Saúde não é tão “único” assim, na medida em que o próprio Ministério da Saúde, por meio da Agência Nacional de Saúde (ANS) passa a regular os planos privados de saúde. Ora, na medida em que passa a regular, obviamente, passa a reconhecer a existência de um sistema privado e de um sistema público.

Um deles, o SUS, fundamentado na concepção do direito à saúde – portanto de caráter universal e igualitário; o outro baseado na lógica do mercado em que a participação é desigual, embora formalmente livre, sendo os planos de saúde vistos como produtos a serem registrados e controlados quanto à qualidade e ao preço. Nesse sentido, a política regulatória tem como consequência a fragilização do projeto do SUS do ponto de vista político-ideológico, além de reforçar as crenças cognitivas a respeito dos dois sistemas.⁹

A prevalência dessa dualidade passa a percepção de que a legislação constitucional reconhece a existência de um sistema privado, com base nas leis de mercado, destinado à camada da população com maior poderio de consumo (inclusive de saúde, que é afinal uma mercadoria) e um sistema público, que apesar de universal, está, na verdade, destino a populações com capacidade de consumo mais limitado, mas que, ao mesmo tempo, está destinado a fortalecer a rede privada de produtos e serviços de saúde.

Na continuação do processo de descentralização do SUS, rumo à municipalização da gestão e da execução das ações e serviços de saúde, foram necessárias normas que definissem critérios para que esse processo ocorresse, definindo, entre outros, forma de financiamento das ações e serviços de saúde critérios para o repasse de recursos financeiros aos municípios e atribuições e responsabilidades a serem assumidas pelos diferentes entes federativos.

Assim, foram editadas as Normas Operacionais Básicas 91, 92 e 93, que não produziram modificações importantes na forma de financiamento do SUS, baseado no pagamento por produção realizada, tanto para municípios como para prestadores privados. Como exceção nesse processo, a NOB 01/93 abre a possibilidade de repasse de maior autonomia dos municípios, quando assumem a forma de gestão denominada "semi-plena". Essa, diz respeito a uma situação mais avançada, com descentralização da gestão financeira, através da transferência direta e automática dos recursos federais (teto financeiro), para assunção pela direção municipal do SUS da totalidade das responsabilidades gerenciais e do reordenamento do modelo assistencial.¹⁰

No entanto, é principalmente a partir da Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 que fica caracterizada a idéia de um sistema de saúde que tem por objetivo a atender interesses conflitantes, ou seja, de um lado, atender ao interesse da acumulação capitalista, e de outro, como já referido, aos interesses e necessidades da população.

Esta NOB traz como uma das novidades uma nova forma de remuneração da assistência ambulatorial: a atenção Básica que seria financiada pelo PAB-Piso Assistencial Básico (fixo e variável) que seria calculado através de uma *per capita* fixo (PAB fixo) ou de acordo com a adesão a alguns programas definidos pelo Ministério da Saúde (PAB variável). Os procedimentos de média e alta complexidade, bem como a assistência hospitalar, (em sua grande maioria procedimentos realizados por prestadores privados) continuaram sendo pagos por procedimentos, cada um com um valor previamente definido por meio de um valor estabelecido, em tabela de procedimentos, pelo Ministério da Saúde.

A Portaria GM/MS 2.203 de 06 de novembro de 2006, que institui a NOB-SUS 96 estabelece uma hierarquização em relação à produção ambulatorial, estabelecendo a existência de procedimentos de Atenção Básica, de média e alta complexidade. Os primeiros passaram a não ter valor de pagamento, sendo as ações de Atenção Básica financiadas por um valor fixo (Piso Assistencial Básico), calculado por meio de um valor *per capita* populacional e um valor variável, de acordo com a adesão a determinados programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde.¹¹

Ao contrário da Atenção Básica, os procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidade são pagos por procedimentos. A remuneração por serviços produzidos consiste no pagamento direto aos prestadores estatais ou privados contratados e conveniados, contra apresentação de faturas, referentes a serviços realizados conforme programação e mediante prévia autorização do gestor, segundo valores fixados em tabelas editadas pelo órgão competente do Ministério (Setor de Assistência Social/Ministério da Saúde).¹¹

Como consequência desta forma de pagamento dos prestadores de serviço ao SUS, o dinheiro público compra hoje serviços hospitalares e de apoio diagnóstico e terapêutico de alta complexidade de um setor privado que foi estruturado na grande maioria das vezes com financiamento a fundo perdido pelo próprio dinheiro público: situação perversa e de difícil reversão no cenário atual e de solução com investimentos no setor público a médio e longo prazo.¹²

Esta forma de pagamento nos parece uma forma de conciliar interesses diversos, na medida em que aumenta a cobertura e o acesso da população aos serviços básicos de saúde, obtendo assim, legitimação e aprovação popular ao Sistema Único de Saúde, ao mesmo tempo em que continua aberta a perspectiva de acumulação capitalista por meio do pagamento de procedimentos por produção, ou seja, quanto maior o número de procedimentos realizados, maior o volume de recursos financeiros recebidos.

Aqui está a grande contradição e ao mesmo tempo o grande obstáculo à consolidação do SUS como um sistema que atenda realmente às necessidades de saúde da população brasileira.

A conferência de Alma Ata, em 1978, estabeleceu o consenso de que a Atenção Primária seria a estratégia fundamental e a porta de entrada do sistema de saúde com capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde da população. Estratégias que fortalecem a capacidade da atenção primária e que enfatizam a promoção da saúde tendem a melhorar o status de saúde e reduzir custos.¹³

Na medida em que a Atenção Primária em Saúde tem o potencial de resolução citado, impacta sobre a demanda aos serviços hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade, e por consequência nos recursos financeiros recebidos por esses prestadores (filantrópicos ou não).

Partindo-se dos pressupostos aqui apresentados, é necessário revisar a forma de financiamento aos prestadores de serviços de saúde, se o que se deseja é estabelecer a premissa de que o SUS está posto como um Sistema, que tem como interesse maior a defesa dos interesses de saúde da população.

Outro aspecto a ser considerado em relação à oferta de ações e serviços de saúde na órbita da iniciativa privada é a forma como se dá sua inserção no Sistema. A inclusão de ações e serviços de saúde no SUS deve ocorrer tendo como critério as necessidades da população, ou seja, o SUS deve contratar serviços que a população realmente necessita, definida essa necessidade por meio de critérios eminentemente técnicos.

No entanto, o que acontece muitas vezes é que a oferta de serviços atende mais as necessidades dos prestadores privados de saúde mais do que aos usuários do SUS, mesmo que tenha ocorrido financiamento de equipamentos com recursos públicos. Dessa forma corre-se o risco de haver uma oferta maior do que a necessidade em alguns serviços e saúde e uma demanda maior do que a oferta em outros. O fator determinante para uma ou outra situação é a remuneração do serviço a ser ofertado, ou seja, há o predomínio do fator econômico sobre o fator epidemiológico.

Um exemplo de situações como essas ocorrem quando emendas parlamentares determinam o repasse de recursos públicos para a aquisição de equipamentos para prestadores privados sem que haja uma discussão e/ou estudo técnico preliminar que determine a necessidade da oferta do serviço que será gerado pelo equipamento financiado. É necessário que a destinação de tais recursos tenha como critério para repasse uma análise técnica para o atendimento das reais necessidades sanitárias dos usuários do SUS.

Além dos prestadores de serviços ao SUS, também não se pode menosprezar a importância e poderio econômico de outros setores que tem na doença uma importante, e talvez principal, fonte de lucro, como, por exemplo, a indústria farmacêutica e o complexo médico-industrial. É evidente que a existência de uma população mais saudável, que é aquilo que busca, em última análise, o Sistema Único de Saúde teria impacto financeiro direto sobre esses setores, diminuindo seus ganhos e lucros.

No que se refere à questão da legitimação, é fundamental o papel dos usuários no controle social, pois na medida em que têm papel decisório importante, de caráter deliberativo e fiscalizatório, inclusive respaldados constitucionalmente e pelas Leis 8080/90 e 8142/90, atuam como atores nesse processo.

Neste sentido, a própria população, por meio de seus representantes nos órgão de participação popular (conferências e conselhos) podem legitimar a acumulação capitalista dos setores ligados à área da saúde, na medida em que abram mão dos direitos que lhe são assegurados ou que avalizem propostas que favoreçam os setores que buscam a maximização do lucro no mercado da saúde.

Alguns questionamentos interessantes em relação a um sistema que tem como embrião a mobilização da sociedade e cuja forma de organização encontra respaldo na Lei Maior e na legislação infraconstitucional são: Por que as entidades sindicais, mesmo as mais organizadas e politizadas, apesar de todas as declarações de apreço ao SUS, aspiram, no seu cotidiano, à inclusão de seus filiados em alguma das modalidades da medicina de mercado? Por que, via de regra, os movimentos de trabalhadores de saúde mantêm-se, ou apáticos e frustrados, ou aderem a lutas onde o imediatismo corporativo só é comparável ao seu ressentimento e a uma espécie de mágoa sem causa precisa? Por que, apesar das boas intenções, a maioria dos governos populares democráticos ou progressistas, não puderam alterar as relações dos usuários e dos trabalhadores com as Instituições Públicas, criando novos padrões de expectativas e novos projetos?¹⁴

A adolescência – e o SUS é exatamente isso – é caracterizada como uma etapa de transição, ao fim do qual se consolida sua identidade própria, com concepções, valores, e subjetividades em geral, construídos ao longo desse processo, baseado no vivido e nas diferentes relações estabelecidas desde a infância, na família até o final desse período.

A mesma ideia pode ser aplicada ao Sistema Único de Saúde (SUS), que se encontra em um momento de definir sua identidade e aos interesses ao quais serve: à acumulação do capital ou às necessidades de saúde (e não da doença) da população. Esta situação caracteriza a contradição do SUS, na medida em que não é possível, da mesma forma que na relação burguesia-proletariado, servir aos interesses de ambos os atores ao mesmo tempo.

Considerações finais

Esta reflexão confirma que a forma como o SUS está estruturado, faz com que tenhamos hoje um Sistema que ainda não conseguiu responder às demandas da população e melhorar suas condições de saúde. Que apresenta deficiências importantes principalmente no campo da assistência, que é apenas a face mais visível do Sistema e que se presta de forma mais acentuada à espetacularização por parte de uma mídia comprometida com os interesses da acumulação capitalista.

Uma das questões que está no centro da contradição ora exposta e que coloca a assistência à saúde como centro das dificuldades do SUS é a remuneração dos procedimentos de maior densidade tecnológica, que é uma questão crucial no SUS, e está numa fase inicial de resolução (com o pagamento por valor global de alguns prestadores de serviço). É imprescindível que os atores sociais envolvidos com a defesa dos interesses dos usuários aprofundem a discussão visando o empoderamento em relação a esse tema, visando fortalecer o SUS como patrimônio da população brasileira.

A partir do momento em que há o entendimento de que cabe a um sistema público de saúde priorizar o atendimento das necessidades da população, defendemos a ideia de que é necessário que todos os atores envolvidos com o setor da saúde (principalmente trabalhadores em saúde e usuários) retomem o processo de mobilização em sua defesa, mobilização essa que está na própria gênese do SUS.

Acredita-se que sem uma ampla mobilização e aprofundamento das discussões sobre o papel do SUS na sociedade brasileira por parte dos atores envolvidos, o Sistema estará cada vez mais a serviço da classe capitalista e da acumulação de capital.

Referências bibliográficas

1. Chauí MS. O que é Ideologia. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense; 2001.
2. Marx K, Engels F. Dossiê Manifesto Comunista. [Citado em 6 mai 2012]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v12n34/v12n34a02.pdf>
3. Carcanholo MD. A importância da categoria valor de uso na teoria de Marx. *Pesquisa e Debate*. 1998; 9(14):17-43.
4. Andreazzi MFS, Kornis GE. Padrões de Acumulação Setorial: Finanças e Serviços nas Transformações Contemporâneas da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008;13(5):1409-1420.
5. Campos GW, Merhy EE, Nunes ED. Planejamento Sem Normas. 2ªed. São Paulo: Editora HUCITEC; 1994.
6. Campos GW. Gestão Pública Relação Público Privado na Saúde. In Santos NR, Amrante PD (Org.). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.
7. Menicucci TMG. Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. *Saúde e Sociedade*. 2006; 15(2):72-87.
8. Mendes A, Marques RM. Sobre a Economia da Saúde: campos de avanço e sua contribuição para a gestão da saúde pública no Brasil. [Citado em 15 nov 2011]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/sobre_econ_saude.pdf
9. Menicucci TMG. A Reforma Sanitária Brasileira e as Relações entre o Público e o Privado. In: Santos NR, Amrante PD (Org.). *Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010.
10. Lucchese PTR. A Gestão Semiplena no Sistema Único de Saúde e a NOB SUS 01/96. [Citado em 07 nov 2011]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/gest%C3%A3osemiplenapat.htm>
11. Brasil. Portaria GM/MS 2.203 de 06 de novembro de 2006. [online]. 2006 [Citado em 14 abr 2012]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html
12. Bueno WS, Merhy EE. Os Equívocos da NOB 96: Uma Proposta em Sintonia com os Projetos Neoliberalizantes? In: Conferência de Saúde online. [Citado em 10 dez 2011]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>
13. Onoko-Campos, Campos GWS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CAP, et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(1):43-50.
14. Campos GW. Sobre a Peleja dos Sujeitos da Reforma, ou da Reforma dos Sujeitos em Peleja. *Saúde e Sociedade*. 1992;1(2) 79-95.

Sérgio Arthur Silva

Endereço para correspondência – Rua André Marques, 675. Bairro Centro, CEP: 97015-140, Santa Maria, RS, Brasil

E-mail: sergio-silva@saude.rs.gov.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6676073546395649>

Bruna Parnov Machado – brunaparnovmachado@yahoo.com.br

Suzinara Beatriz Soares Lima – suzibslima@yahoo.com.br

Enviado em 23 de maio de 2012.

Publicado em 28 de novembro de 2013.

O papel da enfermagem diante da homossexualidade masculina

Leonardo Magela Lopes Matoso¹

RESUMO

O artigo objetiva discutir as contribuições da enfermagem diante da saúde do homossexual do gênero masculino. Trata-se de uma revisão integrativa, utilizando as bases de dados BEDEFN, LILACS e MEDLINE. A busca dos artigos foi realizada através dos descritores controlados: Enfermagem, Homossexualidade, Sexualidade e Identidade de Gênero. A amostra constituiu-se de 11 artigos, onde os critérios de inclusão foram artigos completos, artigos em Português, artigos que abordassem a temática proposta. Evidencia-se que a enfermagem trabalha com elementos da promoção a saúde, através das orientações e da escuta qualificada. O cuidado de enfermagem visa promover a atenção integral à saúde do homem, através da promoção em saúde e pautado na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH). Porém, emerge o despertar para um cuidar que acolha homossexuais, travestis e transexuais. Precisa-se acolher dentro dos preceitos da afetividade, da ética e respeito, considerando a garantia de privacidade e liberdade.

Descritores: Enfermagem; Homossexualidade; Sexualidade; Identidade de Gênero.

The role of nursing in front of male homosexuality

ABSTRACT

The article discusses the contributions of nursing on the health of homosexual males. This is an integrative review, using bases BEDEFN, LILACS and MEDLINE databases. A search of the literature was conducted through controlled descriptors: Nursing, Homosexuality, Sexuality and Gender Identity. The sample consisted of 11 items, where the inclusion criteria were full articles, articles in Portuguese, papers discussing the proposed theme. It is evident that nursing works with elements promoting health through the guidelines and qualified hearing. Nursing care aims to promote comprehensive health care of man, by promoting health and guided by the National Policy for Integral Attention to Men's Health (PNAISH). However, the awakening emerges for care that embraces homosexuals, transvestites and transsexuals. One must welcome within the precepts of affection, ethics and respect, considering the guarantee of privacy and freedom.

Descriptors: Homosexuality; Nursing; Sexualit; Gender Identity.

¹ Graduando em Enfermagem pela Universidade Potiguar (UNP), Natal, RN, Brasil.

Introdução

Para discutir sobre a saúde do homem, especificamente sobre a Homossexualidade masculina, se faz necessário proferir um recorte sobre o conceito de gênero, uma vez que as implicações advindas das desigualdades entre os sexos e a vivência da sexualidade humana ainda estão bastante presente na sociedade contemporânea. Sendo assim, inicialmente abordaremos os conceitos de gênero, homossexualidade, sexualidade humana e heteronormatividade como um breve resgate teórico/conceitual.

Destaca-se que o estudo do gênero surgiu mediante movimentos feministas na década de 70 e depois foi ganhando autonomia nas ciências sociais e humanas atingindo hoje status mais consistente.

Alguns autores^{2,3} conceituam gênero como sendo um elemento constitutivo das relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, sendo assim uma construção social historicamente determinada sobre os corpos sexuados.

Nessa ótica, com base nas diferenças corporais, sexuais e biofisiológicos, a sociedade cria padrões do que é próprio para o feminino e para o masculino e vai reproduzindo estas regras como se fosse um comportamento natural. São as chamadas representações de gênero. Sendo assim, a questão de gênero está ligada à forma como a sociedade cria os diferentes papéis sociais e comportamentos relacionados aos homens e às mulheres.

Portanto, ao se falar em gênero, não se fala apenas de macho ou fêmea, mas de masculino e feminino, em diversas e dinâmicas masculinidades e feminilidades. Gênero remete-se a construções sociais, históricas, culturais e políticas que dizem respeito ao que são socialmente definidos como homens e mulheres e o que é – e o que não é – considerado de homem ou de mulher, nas diferentes sociedades e ao longo do tempo¹. Destaca-se que os homens e mulheres que fugiam do modelo de gênero estabelecido sofriam preconceitos e discriminação na sociedade.

Durante muito tempo, a psicanálise e a medicina, consideraram a homossexualidade como doença, tanto que era tratada por “homossexualismo” em que o sufixo “ismo” conferia uma idéia patológica sendo, dessa forma, tratado como tal. Em 1975, foi inserido na Classificação Internacional das Doenças – CID, como sendo um transtorno sexual. Em 1985, a Organização Mundial de Saúde – OMS informou que o homossexualismo deixava de ser uma doença, passando a ser considerado um desajustamento comportamental. Mas foi em 1995, que o homossexualismo deixou de ser considerado um distúrbio psicossocial e conseqüentemente deixou de constar no CID, sendo substituído o sufixo ismo pelo sufixo “dade”, que passou a significar “modo de ser”^{1,2}.

Anterior a esse momento, a naturalização da heterossexualidade e as explicações biologicista e religiosas que compreendem, respectivamente, a homossexualidade como pertencente ao quadro das patologias e condenam essa prática, afirmando ser pecado fazendo com que, até meados do século XX, o preconceito sexual e as práticas discriminatórias frente às minorias sexuais, os quais formam o grupo LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros), fossem negligenciados².

Contudo, buscar romper com essa barreira de preconceitos e discriminações no qual coloca a heterossexualidade como algo naturalizado é de suma importância em nossa sociedade.

Com relação à sexualidade humana, a mesma pode ser definida como uma energia que nos motiva a procurar amor, contato, ternura e intimidade; que se íntegra no modo como nos sentimos, movemos, tocamos e somos tocados; é ser-se sensual e ao mesmo tempo sexual, ela influencia pensamentos, sentimentos, ações e interações e, por isso, influência também a nossa saúde física e mental. A sexualidade assume ao longo da nossa existência, uma enorme importância, uma vez que ela é parte essencial da nossa personalidade e da nossa vida^{2,3}.

Desta forma, compreende-se por sexualidade como sendo um conjunto de valores e práticas corporais culturalmente legitimados na história da humanidade. Mais do que pertinente à atividade sexual e sua dimensão biológica, ela diz respeito a uma dimensão íntima e relacional que compõe a subjetividade das pessoas e suas relações com seus pares e com o mundo^{1,3}.

Alguns autores afirmam^{1,4,5} que o modelo hegemônico de masculinidade diante da sexualidade impõe parâmetros para os heterossexuais, que no caso dos homens os levam a afirmarem sua sexualidade e virilidade a partir de comportamentos agressivos. Assim, para a construção de uma identidade masculina, é demandado a recusa aos papéis sociais comumente relacionados ao feminino, como a delicadeza ou a emoção. Além de negar esse estereótipo, é assumido como mecanismo psicológico, o insulto àquele homem heterossexual que foge a regra e viola o perfil do ser masculino. As humilhações sexistas é um desses mecanismos.

As minorias sexuais, dentre estes, o homossexual do gênero masculino, sofrem rotineiramente atos discriminatórios e estigmas sociais cheios de violência física, verbal, psicológicas e ainda são impelidos de exercerem suas funções como

cidadãos na sociedade. Frente esse quadro, observa-se que a enfermagem encontra-se um pouco afastada dessa realidade e muitas das vezes não consegue lidar com esse tipo de público⁶.

Dentro do exposto, emerge a proposta da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) na qual visa qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção.

Em seu objetivo específico, a PNAISH em seu capítulo oito, relativo há estimulação da implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva traz a “promoção da atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais”².

Evidencia-se que esta política não engloba a saúde do homossexual do gênero masculino em suas especificidades, de forma equitativa, humanizada e ética; por outro lado, ela trabalha com questões machistas e heteronormativa, onde a homossexualidade só foi contemplada em uma única linha durante toda a política.

Devido à lacuna que permeia esta política, o Ministério da Saúde, criou a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, onde o objetivo seria promover a saúde integral dessas minorias sexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS)S como sistema universal, integral e equitativo.

Segundo Mandu⁷, a assistência profissional do enfermeiro na consulta à saúde do homem deve amparar-se em uma abordagem integral do indivíduo, ou seja, deve contemplar o mais amplamente possível os aspectos biológicos, sociais, subjetivos e de comunicação pertinentes às experiências da sexualidade, à autopercepção corporal, às trocas afetivas e relacionais humanas significativas, lidando com vulnerabilidades, potencialidades, necessidades e/ou problemas relacionados.

Sendo a educação em saúde, uma das ferramentas utilizadas para a mudança da qualidade de vida do ser humano é importante que o enfermeiro no contexto do cuidado e das orientações objetive prestar uma assistência integral e humanizada, pautado nas políticas públicas, principalmente na política LGBT, por trabalhar esse público específico. Objetivando promover a saúde integral e eliminando a discriminação e o preconceito, contribuindo dessa forma para a redução das desigualdades.

Diante do exposto elenca-se o seguinte questionamento: Quais as ações da enfermagem frente às questões que perpassam a saúde do homossexual do gênero masculino?

Sendo assim, o objetivo desse artigo é discutir o papel da enfermagem diante da saúde do homossexual do gênero masculino.

Vale salientar que optou-se por não trabalhar o papel da enfermagem na perspectiva do modelo piramidal, pois acredita-se que o papel, bem como a assistência de enfermagem deve ser dada através das redes, como uma organização circular e não hierárquica.

Destarte, torna-se importante discutir esse estudo, pois compreende-se que o enfermeiro no âmbito do cuidado e das orientações aos sujeitos deve visar apreender sobre o universo que perpassa a vida do homossexual, uma vez que esta é marcada ainda por inúmeros preconceitos, tabus e discriminações.

Espera-se que este artigo sensibilize a conduta de enfermagem quanto às ações realizadas na saúde do homossexual do gênero masculino; exercendo um cuidado autêntico, com respeito e sem preconceito, pois esta ação é possível, é humanizante e resgata a cidadania.

Nesse ínterim, humanizar significa reconhecer o ser que existe em cada sujeito que cuidamos, e ao prestar esse cuidado, olhar o sujeito não como um ser equânime, e sim um ser humano que necessita do nosso cuidado, respeitando cada um em sua individualidade, sexualidade e principalmente levando em conta suas especificidades.

Metodologia

Para elaboração da presente revisão integrativa foram seguidas as etapas preconizadas na literatura, a saber: o estabelecimento das questões e objetivos da revisão integrativa; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de artigos e outros documentos; definição das informações a serem extraídas dos materiais selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados; e, por última, a apresentação da revisão⁸.

A pergunta norteadora dessa revisão integrativa constituiu-se em: Quais as ações da enfermagem frente às ações da saúde do homossexual do gênero masculino?

A seleção dos artigos foi por meio das bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Base de Dados em Enfermagem (BDENF); e MEDLINE. Dessa forma, procurou-se ampliar o âmbito da pesquisa, minimizando possíveis vieses nessa etapa do processo de elaboração do estudo.

Para o levantamento dos artigos nos bancos de dados, utilizaram-se os descritores controlados: Homossexualidade, Enfermagem, Sexualidade, Identidade de Gênero.

Os critérios de inclusão foram: Artigos completos disponíveis gratuitamente on-line; Artigos disponíveis no idioma Português; Artigos que abordassem a temática proposta. Não foram aplicados critérios no que dizem respeito às datas de publicação, pois nas bases de dados trabalhadas existe uma escassez no que se refere à temática em estudo. Os critérios de exclusão dos estudos foram: Monografias, Editoriais; Cartas ao editor; Artigos em outros idiomas; Artigos que não abordassem a temática relevante ao alcance do objetivo da revisão integrativa.

A busca foi realizada pelo acesso on-line, utilizando os descritores em português, e os critérios de inclusão e exclusão. Inicialmente na busca dos descritores associados, foram encontrados no LILACS 125 artigos, no BDENF⁵ e MEDLINE²¹. Após o atendimento aos critérios de inclusão e exclusão, a amostra foi constituída de 11 artigos.

Para a síntese e análise dos dados, foi elaborado um instrumento, que contempla os seguintes itens: identificação, autores, ano de publicação, título do artigo e objetivo.

A apresentação e discussão dos resultados foram feitas de forma descritiva, possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada, de forma a atingir o objetivo desse método, ou seja, impactar positivamente na qualidade da prática de enfermagem, fornecendo subsídios ao enfermeiro na docência e na prática assistencial cotidiana.

Resultados

A amostra final foi composta por onze artigos nas três bases de dados escolhidas onde preencheram os critérios de inclusão utilizados para qualificar as publicações no processo de busca bibliográfica. Os artigos apresentados na tabela a seguir constituíram o corpus deste estudo.

TABELA 1 – Distribuição dos artigos que constituem o corpus do estudo segundo identificação, autores, ano de publicação, título e objetivo.

Ident.	Autor (es)	Ano	Título	Objetivo
1.	Nogueira JÁ, Almeida AS.	2011	Diversidade sexual no contexto escolar: percepção e atitudes dos educadores.	Analisar a percepção e as atitudes dos educadores do ensino fundamental quanto à diversidade sexual no cenário escolar.
2.	Paiva V, Aranha F, Bastos F.	2008	Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005.	Descrever opiniões e atitudes sobre sexualidade da população urbana brasileira.
3.	Rios LF.	2008	Corpos e prazeres nos circuitos de homosociabilidade masculina do Centro do Rio de Janeiro	Analisar por meio da pesquisa etnográfica as bases culturais que orientam a sexualidade.
4.	Palma YA, Levandowsk DC.	2008	Vivências pessoais e familiares de homossexuais femininas.	Descrever as vivências pessoais e familiares de homossexuais femininas.
5.	Silva, LMP.	2008	Experiências plurais em categorias singulares: Problematizando a materialização das travestilidades.	Relatar a experiência de alunos durante a 1ª Conferência Nacional de LGBT.
6.	Simpson CA, et al.	2007	Trajetória de vida de um homossexual: entre o silêncio e a opressão	Descrever por meio da trajetória oral a vida de um homossexual do gênero masculino.
7.	Menezes ABC, Brito RCS.	2007	Reflexão sobre a homossexualidade como subproduto da evolução do prazer	Discutir a hipótese de determinação genética da homossexualidade.

8.	Salomé GM, Espósito VHC, Moraes ALH.	2007	O significado de família para casais homossexuais.	Compreender a estrutura e a dinâmica da família de casais constituída por pessoas do mesmo sexo, a partir de como ela é vivenciada.
9.	Mandú ENT.	2004	Consulta de enfermagem na promoção da saúde sexual.	Discutir a consulta de enfermagem na promoção da saúde sexual do homossexual masculino.
10.	Rios LF.	2003	Parcerias e práticas sexuais de jovens homossexuais no Rio de Janeiro	Abordar os aspectos da organização das vidas eróticas de homens jovens com práticas homossexuais.
11.	Scott J.	1989	Gênero: uma categoria útil para análise histórica.	Discutir os aspectos conceituais de gênero, sexualidade e identidade sexual da homossexualidade masculina.

Dentre os artigos selecionados o período de publicação variou entre os anos de 1989 a 2011. Todos os artigos se referiam à homossexualidade, gênero, sexualidade e as minorias do público, entretanto, apenas um trabalhava a enfermagem e suas ações diante desse público.

Verificou-se que oito dos estudos possuem objetivos claros possibilitando um fácil entendimento ao leitor. Apenas uma publicação apresentava um questionamento como objetivo do estudo. A maioria dos artigos selecionados teve o local da pesquisa em escolas públicas e/ou universidades. Em relação ao tipo de periódico nas quais foram publicadas três estão indexadas na REBEn, duas na Psicologia em Estudo, duas na Ciência, Cuidado e Saúde, duas no Caderno de Saúde Pública, a outra na Revista Saúde Pública e a última na Ciência e Saúde Coletiva.

Quanto ao delineamento da pesquisa, seis artigos apresentaram abordagem qualitativa, quatro desenvolveram estudos com métodos quantitativos, um artigo de reflexão e uma revisão de literatura.

Os autores descreveram diversos conceitos sobre gênero, sexualidade, sexo, identidade sexual e homossexualidade, muita das vezes fazendo um resgate histórico sobre a homossexualidade desde década de 70 e desvelando problemáticas ainda presentes, como a discriminação e o preconceito.

Apenas um artigo descreve a importância da enfermagem diante da saúde do homossexual do gênero masculino, o que revela uma escassez no que se refere às publicações sobre esta temática e a pouca atenção, zelo e abertura diante das minorias sexuais. Isso pode ser avaliado no momento da coleta de dados onde se observou um grande déficit de artigos na área de enfermagem no que tange a importância da assistência de enfermagem a essas minorias.

Sendo assim, sabe-se que é necessário incluir o homossexual em nossos planos de assistência, de forma que ela contemple na vivência do dia-a-dia dos profissionais de enfermagem, e desperte os profissionais de enfermagem para um cuidar que acolha estas pessoas sem preconceito e com respeito, desenvolvendo um cuidado humanizado, pois, a essência da enfermagem é cuidar do ser humano independente de suas orientações sexuais.

Discussões

Confrontando os aspectos conceituais

Percebe-se que diante das discussões dos autores, vários aspectos conceituais convergiram, e foram poucos os que entraram em divergência. Quando trabalhado o conceito de homossexualidade uma gama de indagações emergiu-se, pois esse não é um conceito que se encontra pronto, estagnado, mas sim, um conceito que é discutido em várias linhas de pesquisa como a sociologia, antropologia, psicologia, neurociência, biologia e até mesmo teológica.

De acordo com os artigos 7, 9 e 11 trabalhados nesse estudo, a homossexualidade é definida como a preferência sexual por indivíduos do mesmo sexo. Porém, este conceito é um tanto vago, já que o termo preferência pode conotar a tendência a escolher, optar, e acaba não incluindo os processos biopsicosociocultural que podem determinar essa escolha^{1,4,6}.

O termo homossexualidade é uma invenção do século XIX, pois antigamente as relações sexuais com pessoas do mesmo sexo eram denominadas de sodomia. Foi a partir da segunda metade do século que esta prática passou a ser uma categoria e nomeado como desvio da norma¹.

O estudo seis⁹ entende que o desejo sexual deriva de uma construção individual que cada um faz da leitura e vivenciados elementos disponibilizado pelo meio social, como família, escola, vizinhança, mídia entre outras. Logo a homossexualidade deve ser compreendida como uma orientação e não como uma escolha.

Muitas pessoas têm a idéia pré-concebida de que a humanidade toda é heterossexual e que uma minoria de indivíduos encontra-se viciada num comportamento homossexual. Assim, acreditam que a homossexualidade é simplesmente, um comportamento anticonvencional que muitas pessoas escolhem externar. Outros indivíduos acreditam que a homossexualidade é uma das orientações sexuais normais, ou seja, o indivíduo simplesmente é (componente inato), não opta^{1,2:10}.

A orientação sexual é sinônima de identidade sexual uma vez que a mesma significa a atração afetiva e/ou sexual que uma pessoa sente pela outra. No entanto, embora tenha-se possibilidade de escolher se vamos demonstrar, ou não, os nossos sentimentos, os psicólogos não consideram que a orientação sexual seja uma opção passível de ser modificada por um ato da vontade¹¹.

O Programa Brasil sem Homofobia trabalha conceitos gerais relacionados às minorias sexuais onde revelam que Gays são indivíduos que, além de se relacionarem afetivamente e sexualmente com alguém do mesmo sexo, tem um estilo de vida de acordo com sua preferência, vivendo sua sexualidade abertamente².

Por outro lado, os Travestis seriam os homens no sentido fisiológico que se relacionam com o mundo como mulher. Já os transexuais são pessoas que não aceitam o sexo que ostentam anatomicamente sendo o fator psicológico o predominantemente na transexualidade, pois o individuo identifica-se com o sexo oposto, embora dotado de genitália externa e interna de um único sexo².

Percebe-se diante do confronto conceitual que essas categorias são generalizantes e englobantes, pois acabam sendo vistas como minorias sexuais, o que pode ser muito importante politicamente, já no lado da descoberta da sexualidade pode não ser tão interessante para o individuo se ver neste emaranhado de identidades¹⁰.

Contudo, alguns autores discorrem que a escolha do objeto nem sempre serve de base para identidade, ou seja, não é somente a atração por pessoas do mesmo sexo que irá configurar a homossexualidade masculina. Se assim fosse a bissexualidade pareceria ser uma identidade insegura, e excluía-se as transexuais e travestis que vivem sua sexualidade através de atividades e prazeres mais do que a simples preferência de gênero^{6:9}.

Conforme visualizado, a homossexualidade é entendida em vários sentidos seja no aspecto biogenético, religioso, medico ou sociocultural.

O papel da enfermagem frente os direitos sexuais e reprodutivos do homossexual do gênero masculino

Dentre as novas práticas, saberes, grupos e sujeitos assistidos pelo enfermeiro, está os homens, que representam uma grande demanda assistencial reprimida que necessitam ser priorizados durante a atenção individual ou coletiva por apresentarem uma série de necessidades, riscos e vulnerabilidades à sua saúde.

Partindo da premissa pautada no processo de enfermagem e na promoção da saúde, o papel do enfermeiro (a) frente à saúde do homossexual do gênero masculino é a educação em saúde, trabalhando a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais em cima dos seus preceitos éticos e legais, pois esta é a chave para a melhoria da qualidade de vida desse público e é uma estratégia para redução do preconceito e discriminação¹².

Devido à discriminação por orientação sexual e por identidade de gênero incidirem na determinação do processo saúde/doença, assim como, no processo de sofrimento decorrente do preconceito e do estigma social a Política de Saúde Nacional LGBT² traça como objetivo promover a saúde integral de gays, bissexuais, travestis e transexuais, eliminando a discriminação e o preconceito institucional e social, bem como contribuindo para a redução das desigualdades e a consolidação do SUS como sistema universal, integral e equitativo.

Entre os objetivos específicos encontram-se melhorar o acesso aos serviços de saúde, qualificando a rede de serviços do SUS para uma atenção/cuidado integral à saúde das minorias sexuais, assim como, oferecer atenção e cuidado à saúde de adolescentes e idosos lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais oferecendo uma atenção integral nas DSTs, HIV, AIDS, hepatites virais e prevenção dos novos casos de câncer de próstata entre gays, homens bissexuais, travestis e transexuais.

A Política Nacional LGBT² ainda prega na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos das minorias sexuais, assegurando também, os direitos na saúde suplementar, com vistas à extensão da cobertura dos planos e seguros privados de saúde ao cônjuge dependente para casais de lésbicas, gays e bissexuais.

Reduzir os problemas relacionados à saúde mental, drogadição, alcoolismo, depressão e suicídio entre lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde são também focos da Política,

bem como, a realização de ações educativas nas rotinas dos serviços de saúde voltadas à promoção da auto-estima entre as minorias sexuais e à eliminação do preconceito por orientação sexual, identidade de gênero, raça, cor e território, para a sociedade em geral².

Outro ponto fundamental para cumprir os princípios da Política Nacional LGBT e a Política Nacional de Humanização (PNH) melhorando a qualidade da atenção integral das minorias sexuais é capacitar os profissionais de saúde, integrantes das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), para o melhor acolhimento das minorias sexuais nos serviços, incluindo na educação permanente temas ligados às especificidades desse público, promovendo assim, a melhoria das condições de saúde dos homens brasileiros¹².

Na maioria das vezes, quando se fala em educação em saúde, pensasse logo em cuidados pessoais que tem como finalidade evitar doenças, como se a saúde das pessoas não estivessem ligadas a outros fatores, fosse um problema individual, e nessa ótica, muitos acreditam que os problemas podem ser resolvidos apenas pela educação individual, pessoal¹³.

A educação em saúde deve pressupor uma combinação de oportunidades que deve ter como finalidade maior a manutenção e promoção da saúde. Para ela essa educação deve ser entendida não somente como mera transmissão de conteúdos e sim como a adoção de práticas educativas que vise à autonomia dos sujeitos envolvidos na condução de sua vida¹³.

Sendo assim, pode-se dizer que a educação em saúde nada mais é que o pleno exercício de construção e consolidação da cidadania.

Os profissionais de enfermagem têm desempenhado um papel importantíssimo na questão da educação em saúde. No entanto, na sua prática cotidiana ainda existem algumas limitações principalmente nas questões referentes à educação do gênero masculino diante da homossexualidade¹⁴.

A enfermagem ainda não está habilitada a abordagem desse público em questão, mas que a mesma, através da educação em saúde, objetiva desmistificar alguns preconceitos e tabus¹⁴.

De acordo com a Política LGBT, os direitos sexuais são: Direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminações e imposições e com respeito pleno pelo corpo do(a) parceiro(a); Direito de escolher o(a) parceiro(a) sexual; Direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças; Direito de viver a sexualidade independentemente de estado civil, idade ou condição física; Direito de escolher se quer ou não quer ter relação sexual; Direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade, entre outras; Direito de ter relação sexual independente da reprodução; Direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez indesejada e de DST/HIV/AIDS; Direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade e sem discriminação e direito à informação e à educação sexual e reprodutiva^{2,15}.

A educação em saúde é uma combinação de oportunidades que favorecem a promoção e a manutenção da saúde. A educação em saúde é a soma da transmissão de conteúdos com a adoção de práticas educativas que visem à autonomia dos sujeitos, ou seja, a construção da cidadania. Sendo assim, as práticas educativas se tornam essenciais para mudar estilos de vida prejudiciais que expõem os homens aos riscos ambientais e fisiológicos^{2,15}.

Portanto, torna-se indispensável promover a atenção à saúde do homossexual do gênero masculino de modo integral, a partir das redes de atenção em saúde, promovendo a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada.

Considerações finais

A pesquisa integrativa possibilitou a percepção de que a homossexualidade do gênero masculino é pouco discutida pela literatura científica e que as políticas públicas de saúde, em especial, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais buscam resgatar esse público minoritário para a condução acessível e equitativa da saúde, melhorando sua qualidade de vida.

Percebeu-se que o papel do enfermeiro diante desse público é inerente as suas práticas assistenciais corriqueiras e que os mesmos não devem tomar medidas exclusivistas diante das minorias sexuais. A promoção, prevenção e reabilitação em saúde existem diante de qualquer sujeito, porém, devem-se levar em conta suas especificidades, por isso torna-se necessário atuar-se em cima dos princípios da integralidade, equidade, universalidade e humanização.

Como em todo processo educativo que exige estratégias de ação rumo à mudança de comportamento, a literatura deixa bem claro da necessidade de reformulação das práticas educativas e assistenciais em saúde no que se refere à conduta do enfermeiro frente ao homossexual do gênero masculino.

O estudo evidenciou a importância de apreender sobre os direitos dos homossexuais, sobre as minorias sexuais e reprodutivas e principalmente sobre o papel da enfermagem diante desse público.

Sendo assim, é válido acreditar que a educação em saúde consiste em um dos principais elementos da promoção da saúde e, portanto, é uma ferramenta essencial para a prevenção, orientação e desmistificação de conceitos e tabus que muitas das vezes acabam denegrindo este público.

A conclusão de um trabalho acadêmico não pode encerrar-se nas suas conclusões, mas abrir possibilidades para uma reflexão acerca do que se vivenciou durante o seu desenvolvimento e a partir do conhecimento construído através dele. Com base nesse conhecimento, pode-se entender a urgência do aprimoramento de novos saberes que viabilizem concepções e práticas sociais mais eficazes.

Referências bibliográficas

1. Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. IN: Mulher e realidade: mulher e educação. Porto Alegre: Vozes, V. 16 nº 2, jul/dez de 1989.
2. Brasil MS. Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Brasília, 2010.
3. Paiva V, Aranha F, Bastos F. Opiniões e atitudes em relação à sexualidade: pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. Rev Saúde Pública, 42(Supl 1):54-6: 2008.
4. Menezes ABC, Brito RCS. Reflexão sobre a homossexualidade como Subproduto da evolução do prazer. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 12, n. 1, p. 133-139, jan./abr: 2007.
5. Rios LF. Corpos e prazeres nos circuitos de homosociabilidade masculina do Centro do Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva, 13(2):465-475: 2008.
6. Mandú ENT. Consulta de enfermagem na promoção da saúde sexual. Rev Bras Enferm, Brasília (DF) nov/dez;57(6):729-32, 2004.
7. Brasil MS. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - Princípios e Diretrizes. Brasília, 2008.
8. Simpson CA, Miranda FAN, Mundo MMS, Azevedo DM. Trajetória de vida de um homossexual: entre o silêncio e a opressão. Cienc Cuid Saude, Vol. 6(4):424-432; 2007.
9. Salomé GM, Espósito VHC, Moraes ALH. O significado de família para casais homossexuais. Rev Bras Enferm, Brasília 2007 set-out; 60(5): 559-63.
10. Silva LMP. Experiências plurais em categorias singulares: problematizando a materialização das travestilidades. Fazendo o Gênero 8 – Corpo, violência e poder, Florianópolis, 2008.
11. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):758-64.
12. Rios LF. Parcerias e práticas sexuais de jovens homossexuais no Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S223-S232, 2003.
13. Matoso LML, Castro CHA. Indissociabilidade clínica e epidemiológica da pneumonia. Catussaba, ano 2, nº 2, p.11-23. 2013.
14. Palma YA, Levandowski DC. Vivências pessoais e familiares de homossexuais femininas. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 13, n. 4, p. 771-779; 2008.
15. Nogueira JA, Almeida SA. Diversidade sexual no contexto escolar: percepção e atitudes dos educadores. Cienc Cuid Saude 2011 Jul/Set; 10(3):459-466.

Leonardo Magela Lopes Matoso

Endereço para correspondência – Rua Elis Regina, n.170. Bairro Abolição IV, CEP 59614-100, Mossoró, RN, Brasil.

E-mail: leonardo.l.matoso@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2525968153754172>

Enviado em 27 de junho de 2013.

Publicado em 26 de novembro de 2013.

Sintomatologia dolorosa em acadêmicos de odontologia: estudo de caso

Carla Emilia Rossato¹ Andreia Lima Ritter² Jadir Camargo Lemos³

RESUMO

Os profissionais da odontologia são vulneráveis a doenças ocupacionais devido a sua postura de trabalho. Desta forma, este trabalho tem o objetivo de verificar a sintomatologia dolorosa manifestada pelos acadêmicos de odontologia de uma instituição de ensino. Foram realizadas observações das suas posturas estáticas e dinâmicas, investigados seus sintomas osteomusculares, perfil da amostra e perfil de bem-estar psicológico. Resultados: A amostra foi composta por 13 indivíduos, 6 do sexo feminino e 7 do sexo masculino com média de idade de 23 anos. A postura padrão dos pesquisados foi de abdução dos membros superiores, mantendo-os suspensos a 45°. Os locais de maior incidência de dor foram: pescoço/região cervical e região lombar. Os sinais de controle de estresse foram predominantes. Conclusão: Os acadêmicos mantêm uma postura padrão durante os atendimentos odontológicos, apresentam dor em locais semelhantes aos profissionais da odontologia e apontam comportamentos para controle dos sinais de estresse.

Descritores: Fisioterapia; Odontologia; Postura; Dor; Estresse.

Pain symptoms in academics of dentistry: case study

ABSTRACT

The dentistry professionals are vulnerable to occupational diseases due to its working posture. Therefore, the study aims to verify the painful symptoms expressed by dentistry students of an educational institution. Observations were made of their static and dynamic postures and investigated musculoskeletal symptoms, the sample profile and psychological well-being profile. Results: The sample consisted of 13 individuals, 6 females and 7 males, mean age 23 years. The standard posture of the respondents was abduction of the arms, keeping them suspended at 45°. The higher incidences of local pains were: neck / cervical region and lower back. Signs of stress control were predominant. Conclusion: The students maintain a standard posture during dentistry attendance, having pain in places similar to dental professionals and already pointing behaviors to control the signs of stress.

Descriptors: Physical therapy specialty; Dentistry; Posture; Pain; Stress.

¹ Mestranda em Educação física na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

² Especialização em andamento em Reabilitação físico-motora na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

³ Doutor em Engenharia da produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

Introdução

Ao longo do tempo, a relação existente entre trabalho e doença tem sido estudada por historiadores, filósofos e profissionais da área da saúde. Estas pesquisas têm demonstrado como os diferentes tipos de ocupações afetam a saúde das pessoas¹. A odontologia tem sido apontada na literatura como uma profissão vulnerável a riscos ocupacionais principalmente relacionados à postura de trabalho². É também considerada uma profissão “estressante” e vem sendo frequentemente associada a agravos à saúde, tanto de ordem física como psíquica³.

Estudos com esses profissionais têm mostrado um aumento na prevalência das afecções musculoesqueléticas⁴, devido à dificuldade que os mesmos têm em estabelecer uma postura adequada para desempenhar suas funções. Enquanto a prevalência de desconforto e dores dessa natureza atinge um índice de 62% da população em geral, em cirurgiões-dentistas (CDs) seu percentual abrange 93%⁵.

O avanço tecnológico vem permitindo a conquista de novos instrumentos e técnicas que simplificam o trabalho dos CDs, porém vem deixando em segundo plano a relação da postura no trabalho diário, ocasionando, na maioria das vezes, problemas de saúde que interferem na sua atuação clínica, gerando estresse físico e mental⁶. A literatura atual tem mostrado a importância de uma orientação prematura, devendo esta ser iniciada ainda na vida acadêmica, em busca da promoção de medidas preventivas para os distúrbios musculoesqueléticos em CDs³.

Desta forma, a presente pesquisa tem como objetivo, verificar a incidência de sintomatologia dolorosa manifestada pelos acadêmicos do nono semestre do curso de Odontologia de uma instituição de nível superior.

Materiais e Métodos

Este estudo trata-se de um estudo do tipo descritivo exploratório das possíveis sintomatologias dolorosas de acadêmicos do nono semestre da odontologia. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE 0360.0.243.000-10), estando de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi composta por acadêmicos do curso de Odontologia, matriculados no nono semestre, que estavam realizando o estágio curricular. A pesquisa foi desenvolvida na Clínica-Escola de Odontologia de uma instituição de nível superior, no período do primeiro semestre letivo de 2011, durante o horário de atendimento da Clínica Integrada de Odontologia.

Foram realizadas duas etapas. A primeira etapa consistiu da elaboração de um diário de campo, ou seja, da observação das posturas dinâmicas e estáticas dos acadêmicos durante os atendimentos dos pacientes. A segunda etapa consistiu da apresentação do projeto aos sujeitos da pesquisa e entrega dos questionários aos mesmos. Nesta etapa, todos os sujeitos foram informados sobre a proposta do estudo, sobre os procedimentos aos quais seriam submetidos e, além disso, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão para pesquisa foram: ser acadêmico do curso de Odontologia, estar matriculado no nono semestre, estar realizando estágio curricular e ter assinado o TCLE. Os critérios de exclusão consistiram nos sujeitos que não completaram todas as etapas da pesquisa.

A elaboração do diário de campo consistiu da observação do ambiente de trabalho dos acadêmicos durante os atendimentos. As observações foram realizadas nos dias 7 e 14 de abril de 2011, no período da manhã, com autorização prévia do coordenador e dos professores do Curso de Odontologia. Foram observados oito atendimentos com diferentes acadêmicos e em procedimentos distintos. Além disso, ocorreram questionamentos com os observados e seus colegas a respeito da percepção de suas posturas durante os atendimentos. Estes também foram questionados sobre os procedimentos nos quais sentem dificuldades físicas. Na segunda etapa, realizada no dia 30 de junho de 2011, os acadêmicos foram apresentados à pesquisa, momento em que foram explicados os procedimentos para participação da mesma mediante a assinatura do TCLE. A apresentação da pesquisa, a entrega do TCLE e dos questionários foram realizados somente após a observação das posturas de trabalho dos sujeitos para que o conhecimento dos procedimentos da pesquisa não interferisse no comportamento dos sujeitos da amostra durante a observação das posturas adotadas nos atendimentos.

Durante esta etapa, foram entregues questionários para 32 acadêmicos, em sala de aula. Para isso, foi utilizado o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO) adaptado por Pinheiro⁶, que tem por objetivo quantificar as regiões mais acometidas pelos sintomas osteomusculares, além de verificar a prática de atividade física e o Inventário de Bem-Estar Psicológico (IBEP) de Schonblum⁷. Após a entrega dos questionários, os acadêmicos tiveram o período de sete dias para fazer a devolução dos mesmos aos pesquisadores.

Resultados

Em relação à observação das posturas estáticas e dinâmicas, a postura padrão destes acadêmicos, mesmo estando em procedimentos odontológicos diferentes foi de abdução de 45° dos ombros, mantendo os membros superiores suspensos na maior parte do tempo, antebraços permanecem pronados, com flexão de punho, dedos alternando movimentos de precisão e pinça, flexão e rotação cervical a esquerda, anteriorização, rotação e inclinação de tronco a esquerda, permanecendo a maior parte do tempo sentados, com flexão de quadris e joelhos a 90° e abdução de quadril.

O encosto da cadeira foi usado para apoiar o tronco dos acadêmicos apenas em alguns momentos do atendimento. O tempo em que a postura foi mantida estática variou conforme o tipo de procedimento realizado (em média 10 minutos), sendo que o mesmo aconteceu com a quantidade de vezes em que o acadêmico necessitou levantar, caminhar para buscar algum material ou pedir auxílio ao seu professor.

Durante os questionamentos com os acadêmicos, os mesmos relatam sentir maior desconforto físico durante procedimento de tratamento de canal, raspagem, atendimento pediátrico e auxiliar em cirurgia. Também relatam sentir dores nas costas ao final de atendimentos que os obriguem a permanecer sentados por muito tempo. Relataram ter consciência da importância de uma boa postura no ambiente de trabalho. Porém, justificam a utilização de posturas incorretas pela necessidade de melhor visualização e acesso à área a ser tratada.

Quanto aos resultados obtidos da segunda etapa da pesquisa, em relação aos dados sócio-demográficos, a amostra foi composta por 13 indivíduos, sendo destes, 6 (46,15%) do sexo feminino e, 7 (53,85%) do sexo masculino. A média de idade foi de 23 anos ($\pm 3,19$), tendo-se 12 (92,31%) solteiros. A altura média da amostra foi de 1,71 metros ($\pm 9,37$).

Quanto à dominância, 11 (84,61%) deles são destros, 1 (7,69%) ambidestro e 1 (7,69%) sinistro. Dos 13 estudados, apenas 1 (7,69%) tem outra atividade profissional (músico) e apenas 2 (15,38%) fazem algum tipo de tratamento médico, sendo um para enxaqueca e outro para diabetes.

A média de horas de trabalho do grupo de estudo é de 5,08 horas por dia ($\pm 1,32$). No que se refere à prática de atividade física, 9 (69,23%) sujeitos da amostra realizam atividade física regular, variando esta em diferentes modalidades sendo a musculação a mais mencionada, com cinco citações. Quando perguntados sobre desconfortos durante os procedimentos 6 (46,15%) deles referem sentir algum tipo de desconforto e 7 (53,85%) não referem desconforto. Quanto ao tipo de procedimento que referem ter desconforto foram citados: procedimentos nos quais haja necessidade de forçar os punhos, procedimentos de endodontia de molares superiores, qualquer procedimentos em dentes superiores, em cirurgias, durante qualquer tipo de atendimento a pacientes, em procedimentos que necessite ficar muito tempo sentado e desconforto em procedimentos que tenham mais de 2 horas de duração.

Quando questionados sobre suas atividades de vida diária (AVD's), fora do horário de aula, os pesquisados respondem conforme a Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das AVD's citadas pelos pesquisados

Atividade	Frequência (n)	Percentual (%)
Utilizam computador fora do trabalho	12	92,31
Realizam atividades domésticas	7	53,85
Atividades físicas com membros superiores	2	15,39
Tocam instrumentos musicais	2	15,39

Para a pesquisa, o fato de ser estudante foi considerado uma atividade laboral (trabalho), mesmo não remunerada. Dos 7 sujeitos que realizam atividades domésticas, 4 são do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Para as atividades físicas com membros superiores foram consideradas atividades com grande utilização dos membros como, por exemplo, tênis ou squash.

Em relação aos dados clínicos dos sujeitos da pesquisa, 10 (76,92%) referem não ter recebido nenhum diagnóstico médico nos últimos 12 meses e 3 (23,08%) receberam algum diagnóstico médico, sendo estes, fraturas (tornozelo e braço) e diagnóstico de LER/DORT. Mesmo que, a maioria dos sujeitos não tenha procurado ajuda médica, todos eles relatam sentir dor quando questionados sobre possíveis sintomas dolorosos relacionados às posturas adotadas durante o seu trabalho. A tabela 2 mostra a incidência da distribuição da dor, citadas pelos sujeitos pesquisados.

Tabela 2 – Distribuição da localização da dor relacionada ao trabalho

Região dolorosa	Frequência (n)	Percentual (%)
Pescoço/região cervical	8	61,54
Coluna lombar	7	53,85
Punhos/mãos e dedos	6	46,15
Coluna dorsal	6	46,15
Ombro	5	38,46
Antebraços	2	15,38
Braços	1	7,69
Quadril/membros inferiores	1	7,69

A relação da frequência em que os sujeitos pesquisados relatam sentir dor e sua distribuição nas diferentes regiões corporais é exposta na tabela 3.

Região	Frequência de dor (n)			
	Nunca	Raramente	Com frequência	Sempre
Pescoço/Cervical	3	4	6	0
Região Dorsal	5	2	6	0
Região Lombar	3	5	5	0
Mão/Punho/Dedos	2	7	3	1
Ombros	3	6	3	1
Braços	7	4	2	0
Quadril/MMII	10	1	2	0
Antebraços	9	3	1	0
Cotovelos	12	1	0	0

Dos sujeitos pesquisados que relatam sentir dor com frequência em pescoço/região cervical; 5 deles são do sexo feminino e apenas 1 do sexo masculino, em relação a dor apontado como frequente em região dorsal, 4 são do sexo feminino e 2 do sexo masculino e a dor lombar como sendo acometida frequentemente; é apontada por 3 sujeitos do sexo feminino e 2 do sexo masculino.

Em relação ao perfil de bem-estar psicológico, todos os sujeitos pesquisados apontam pelo menos um comportamento, sendo que predominam os comportamentos que controlam os sinais e sintomas de estresse. Um único sujeito se percebe nervoso e estressado e oito afirmam ter controle sobre sua vida. Abaixo, a tabela 4, mostra quais são os comportamentos positivos e negativos apontados pelos pesquisados e qual a frequência com que estes comportamentos são relatados.

Tabela 4 – Tipos de comportamentos e frequência de apontamentos pelos pesquisados

Perguntas	Frequência (n)	Percentual (%)
Que as coisas vão bem	10	76,92
Capaz de controlar problemas pessoais	8	61,54
Com controle sobre a minha vida	8	61,54
Particularmente animado ou interessado em algo	8	61,54
Capaz de controlar as irritações do dia-a-dia	7	53,85
Contente por ter conseguido realizar algo	6	46,15
Com dificuldade de realizar as coisas que tenho que fazer	6	46,15
Que as coisas têm saído como o planejado	6	46,15
Orgulhoso porque fui cumprimentado por algo que fiz	4	30,77
Chateado porque fui criticado	3	23,08
Tão inquieto que não consigo ficar muito tempo parado	2	15,38
Chateado por algo que aconteceu inesperadamente	1	7,69
Sozinho ou distante das outras pessoas	1	7,69

Incapaz de controlar as coisas importantes da minha vida	1	7,69
Entediado	1	7,69
Enfurecido por coisas que estão fora do meu controle	1	7,69
Com dificuldades que se acumulam tanto que não tenho conseguido superar	1	7,69
Nervoso e estressado	1	7,69
Deprimido ou muito triste	-	-

A maioria dos sujeitos sente que as coisas vão bem, mesmo assim o apontamento de dor com frequência se mostra elevado em pescoço-região cervical, região dorsal e região lombar.

Discussão

Durante a fase de observação da presente pesquisa, foram verificadas as posturas estáticas e dinâmicas de acadêmicos da odontologia. Garcia et al.² em seu estudo também teve como objetivo verificar as posturas e posições de trabalho adotadas por graduandos em 360 procedimentos clínicos odontopediátricos, através de tomadas fotográficas digitais. Sendo que, as inadequações observadas com relação à postura de trabalho não estiveram relacionadas às dificuldades impostas pelo tratamento dos pacientes odontopediátricos, mas aos vícios posturais adquiridos pelos alunos no decorrer de suas atividades clínicas. Tais inadequações também são apresentadas pelos sujeitos da presente pesquisa, que se justificam pela necessidade de melhor visualização do seu campo de trabalho.

Os acadêmicos, participantes desta pesquisa, adotaram a postura de anteriorização do tronco, sendo que estes não faziam uso do apoio da cadeira na maior parte do tempo. Este fato corrobora com os achados de Garcia et al.², que descreve a anteriorização da coluna, uma das posturas inadequadas utilizadas pelos acadêmicos da odontologia.

Outra postura inadequada, observada na presente pesquisa, foi em relação à posição adotado pelos membros superiores. Os acadêmicos mantinham, durante os procedimentos, os cotovelos afastados do corpo, com os ombros abduzidos, sendo que segundo Gonçalves⁸, o ideal seria manter os membros superiores o mais próximo possível do corpo durante os procedimentos odontológicos, pois assim não estariam realizando contrações isométricas da musculatura abduzora de ombros, mantendo também a musculatura da região cervical mais relaxada.

Em relação aos dados sócio demográficos, constatou-se que dos 13 estudantes do 9º semestre, 7 (53,85%) eram do sexo masculino e 6 (46,15%) do sexo feminino, estes apresentaram média de idade de 23 anos ($\pm 3,19$), e apenas um relata ter outra atividade laboral, atuando como músico. No que se refere ao estilo de vida, quanto a realização de atividade física, observou-se que 9 (69,23%) acadêmicos realizavam atividade física regular, sendo a musculação a modalidade mais utilizada.

Siqueira et al.³, realizou um estudo com 43 estudantes que cursavam entre o 6º, 8º e 10º períodos de odontologia, com o objetivo de investigar a frequência de dores musculoesqueléticas. Em relação aos dados sócio-demográficos no seu estudo 20 (46,51%) acadêmicos eram do sexo masculino e 23 (53,5%) do sexo feminino, tendo-se média de idade de 23,14 ($\pm 10,24$) anos, com máxima de 35 anos e mínima de 19. Do total de estudantes, 11 (29,7%) realizavam outra atividade laboral. Quando se refere à atividade física, 19 (44,2%) declararam fazer algum tipo de atividade. Notasse que no presente estudo um percentual maior de acadêmicos realizavam atividade física e um percentual menor realizavam outra atividade laboral em comparação com o estudo de Siqueira et al.³, porem estes fatores não fizeram com que diminuíssem a incidência de sintomatologia dolorosa no grupo pesquisado.

Considerando as posturas utilizadas pelos sujeitos da presente pesquisa, a grande maioria (12) apresentou, pelo menos, um local de dor no corpo relacionado ao trabalho, sendo que as regiões de maior incidência de sintomatologia dolorosa são: pescoço/região cervical (8), região de coluna lombar (7), punhos/mãos e dedos (6), região da coluna dorsal (6) e ombro (5).

Siqueira et al.³ em seu estudo, encontrou resultado semelhante, onde em relação aos relatos de dor, observou que, dos seus entrevistados, 40 (93,02%) disseram sentir dor em alguma parte do corpo.

A grande prevalência de dor no pescoço/região cervical pode estar relacionada com a utilização predominante dos membros superiores na atividade laboral dos CDs⁹. Achado semelhante foi encontrado na presente pesquisa, onde

a utilização dos membros superiores foi constatada na observação das posturas estáticas e dinâmicas. A postura padrão destes acadêmicos, mesmo estando em procedimentos odontológicos diferentes, foi de abdução dos membros superiores, mantendo-os suspensos a 45° na maior parte do tempo, sendo o pescoço/ região cervical o local de maior apontamento de dor relacionado ao trabalho.

Na presente pesquisa, embora os sujeitos não tenham uma jornada de 40 horas como os CDs e sim de 25 horas semanais, a região da coluna lombar foi apontada por 7 (53,85%) acadêmicos como uma das regiões com sintomas dolorosos relacionados ao trabalho, como encontrado no estudo de Gazzola et al.⁴ onde as desordens que acometeram a coluna lombar apresentaram uma relação significativa com a jornada de trabalho.

Durante a observação das posturas estáticas e dinâmicas utilizadas pelos sujeitos, registra-se o predomínio de posturas desequilibradas, como por exemplo, manutenção dos membros superiores suspensos e com ombros abduzidos, membros inferiores com quadris abduzidos, anteriorização e rotações de tronco, entre outras. Estas posturas desequilibradas geram desconforto corporal e desordens musculoesqueléticas. A sobrecarga estática ou dinâmica, associada a fatores organizacionais e psicossociais ligadas ao trabalho podem colaborar para o aparecimento de sintomatologia dolorosa^{4, 10}.

Com relação aos fatores psicossociais ligados ao trabalho Eli et al.¹¹ relata que, as faculdades de Odontologia enfatizavam a aquisição de habilidades técnicas e de precisão, sendo recente o reconhecimento de que os aspectos comportamentais e emocionais dos pacientes e dos CDs são essenciais para o resultado final do tratamento odontológico.

O aluno de odontologia, tal qual o profissional, está submetido a vários fatores que são potencialmente estressantes. O estudo de Macchi, Biondi & Cortese¹², relaciona os níveis de estresse vivenciados pelos alunos com uma diminuição no seu desempenho durante a graduação.

No presente estudo, em relação ao perfil de bem-estar psicológico, foi observado que, os sujeitos da pesquisa apresentam comportamentos para o controle dos sinais e sintomas de estresse. Estes sujeitos enfrentam a realização dos primeiros trabalhos clínicos no contexto de clínica-escola, realizando procedimentos odontológicos sob orientação e supervisão de docentes, que por sua vez, os avaliam por meio destas atividades. Pode-se considerar ser o fato de estarem sendo avaliados uma das possíveis causas que os leva a manifestar tais sintomas de estresse.

Conclusão

Pode-se constatar que os acadêmicos da odontologia, para a realização de suas atividades curriculares, estão sujeitos a adoção de diversas posturas inadequadas. A adoção dessas posturas pode vir a levá-los ao aparecimento de sintomatologia dolorosa relacionada ao trabalho. Na presente pesquisa esta sintomatologia pôde ser observada em diferentes regiões do corpo, tais como no pescoço/região cervical, região lombar, punhos/mãos e dedos, região da coluna dorsal e ombro. As estruturas anatômicas dessas regiões dolorosas foram, muitas vezes, mantidas em posturas/ posições incorretas ou utilizadas por longos períodos de tempo, podendo ser este o fator causador de dor. Embora a grande maioria dos acadêmicos tenha relatado dor, nenhum realiza tratamento referente a essa sintomatologia. Também se observa uma maior tendência ao relato mais frequente de sintomatologia dolorosa pelo sexo feminino.

A sintomatologia dolorosa relatada pelos acadêmicos também pode estar relacionada a aspectos comportamentais e emocionais, devido ao fato de estarem sendo constantemente avaliados. Assim como, o fato de estarem sendo avaliados, também pode ser o motivo dos sinais de estresse manifestados pelos sujeitos da pesquisa, uma vez que os pesquisados afirmam controlar os sinais e sintomas de estresse.

Na presente pesquisa, não foi possível verificar se existe uma correlação entre o estresse e a sintomatologia dolorosa manifestada pelos acadêmicos de odontologia. Sugerem-se pesquisas semelhantes, com um maior número de sujeitos, para que se possa verificar se as posturas inadequadas ou o fato de estarem sendo avaliados são causa ou consequência dos sinais de estresse e dor manifestados pelos acadêmicos.

Referências bibliográficas

1. Graça CC, Araújo TM, Silva CEP. Desordens musculoesqueléticas em cirurgiões-dentistas: Sitientibus. 2006 jan/jun; 34: 71-86.
2. Garcia PPNS, Campos JADB, Zuanon ACC. Avaliação Clínica das Posturas de Trabalho Empregadas na Clínica de Odontopediatria por Estudantes de Odontologia. Pesq Bras Odontoped Clin Integr. 2008 jan./abr; 8(1): 31-37.

3. Siqueira GR, Silva AM, Vieira RAG, Silva RB. Dores músculo-esqueléticas em estudantes de odontologia. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2010 abr-jun; 23(2): 150-159.
4. Gazzola F, Sartor N, Ávila SN. Prevalência de desordens musculoesqueléticas em odontologistas de Caxias do Sul. *Revista Ciência & Saúde*. 2008 jul-dez; 1(2): 50-56.
5. Garbin AJI, Garbin CAS, Diniz DG. Normas e diretrizes ergonômicas em odontologia: o caminho para a adoção de uma postura de trabalho saudável. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo* 2009 mai-ago; 21(2): 155-61.
6. Pinheiro F.A. Aspectos Psicossociais dos Distúrbios Osteomusculares relacionados ao Trabalho – DORT/LER. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília. 2002.
7. Schonblum R. Atributos Psicométricos necessários à construção de uma medida de Carga Mental de Trabalho. Dissertação de Mestrado em Psicologia – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina Florianópolis, 2004.
8. Gonçalves LS, Vasconcelos RBF, Junior ACO, Costa L. A Visão Ergonômica do Fisioterapeuta na Saúde do Cirurgião-Dentista. *UniverCidade*. 27 jun. 2011. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/58844355/A-Visao-ergonomica-do-Fisioterapeuta-na-saude-do-Cirurgiao-Dentista>>. Acesso em: 03 maio 2012.
9. Regis Filho GI, Michels G, Sell, I. Lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho em cirurgiões-dentistas. *Rev Bras Epidemiol*. 2006; 9(3): 346-59.
10. Przysiezny WL. Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: um enfoque ergonômico. *Dynamis*. 2000; 31(8):19-34.
11. Eli L, Uziel N, Bath R, Kleinhauz M. Antecedents of dental anxiety: Learned responses versus personality traits. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. 1997; (25): 233-237.
12. Macchi R, Biondi AM, Cortese SG. (1996). Influencias de variables en la calidad del desempeño clínico en alumnos de la cátedra de odontología integral niños. *Revista de la Facultad Odontología*. 1996; 16(41): 35-40.

Carla Emilia Rossato

Endereço para correspondência – Av. Roraima, Centro de Educação Física e Desportos, Laboratório de Biomecânica, Sala 1007. Bairro Camobi, CEP 97105-900, Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: carlinharossato@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8063648214367196>

Andreia Lima Ritter – deiaritter@yahoo.com.br

Jadir Camargo Lemos – jadir.lemos@gmail.com

Enviado em 27 de junho de 2013.

Publicado em 26 de novembro de 2013.

Avaliação do risco de quedas e qualidade de vida dos idosos com acidente vascular encefálico

Laila Cristina Moreira Damázio¹ Jasiara Carla Oliveira² Elzira D'Santiago Marciano³ Marcos Grissi Pissolati⁴

RESUMO

O presente estudo é randomizado pareado, cujo objetivo foi avaliar o risco de quedas em idosos com Acidente Vascular Encefálico (AVE), institucionalizados (grupo I) e não institucionalizados (grupo II). Os aspectos avaliados foram: capacidade funcional, equilíbrio corporal e qualidade de vida, por meio da escala de Dawton, escala de Medida de Independência Funcional (MIF), escala de Berg e o questionário The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36), respectivamente. Ao avaliar o equilíbrio e risco de quedas em ambos os grupos obteve-se diferença estatisticamente significativa, sendo que as médias para ambos foram favoráveis para os idosos do grupo II demonstrando que os idosos do grupo I estão mais propensos a quedas. Os resultados para análise da capacidade funcional também apresentaram diferença estatisticamente significativa, sendo que os idosos do grupo I obtiveram menor capacidade funcional. Conclui-se que idosos com sequela de AVE do grupo I apresentaram alto índice de quedas, além de menor capacidade funcional.

Descritores: Acidente Vascular Cerebral; Equilíbrio Postural; Idoso; Qualidade de vida.

Assessment of risk of falls and quality of life of elderly patients with stroke

ABSTRACT

The present study is a randomized study that evaluated the risk of falls, functional capacity, body balance and quality of life through Dawton scale, scale of the Functional Independence Measure, scale of Berg, The Medical Outcomes Study 36-item short-Form Health Survey (SF-36), respectively. We evaluated the elderly with Stroke, 10 elderly subjects (group I) and 10 non-institutionalized elderly (group II). The assessment of balance and risk of falls in both groups yielded a statistically significant difference, the group II showed more risk to falls. The results for the functional analysis also showed statistically significant difference, and the elderly group I had lower functional capacity. In conclusion, elderly patients with sequelae of stroke in group I had lower balance providing a high rate of falls, and lower functional capacity.

Descriptors: Stroke; Postural balance; Aged; Quality of life.

¹ Doutoranda em Bioengenharia na Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), São João Del-Rei, MG, Brasil

² Especialista em fisioterapia respiratória pelo Biocor Instituto Biocor (Biocor), Nova Lima, MG, Brasil.

³ Especialista em Psicopedagogia da educação pela Universidad de la Habana (UH), El Vedado, HAV, Cuba.

⁴ Doutora em Biologia celular e estrutural pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), Viçosa, MG, Brasil.

Introdução

O envelhecimento é um processo normal, caracterizado pela diminuição da capacidade funcional dos diversos órgãos e pode ser visto tanto pelas alterações anatômicas, fisiológicas e psíquicas, quanto do ponto de vista moral e social¹⁻². A Organização Mundial da Saúde em suas projeções estatísticas expõe que, entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá 16 vezes enquanto que a população total crescerá apenas cinco vezes, o que nos colocará em termos absolutos com a sexta maior população de idosos do mundo, isto é, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais³⁻⁴.

A qualidade de vida na terceira idade se vê ainda mais deteriorada quando estão presentes problemas de saúde, tais como Acidente Vascular Encefálico (AVE), que conseqüentemente aumenta a incidência de quedas, gerando incapacidades parciais ou dependência⁵. A incidência de AVE aumenta significativamente a partir dos 60 anos de idade⁶ e apresenta manifestações clínicas que refletem a localização e extensão da lesão vascular. Pacientes com sequelas de AVE demonstram dificuldade em controlar o início do movimento bem como o controle motor voluntário⁷. Outras incapacidades também estão presentes, como paralisia de músculos, rigidez nas partes do corpo afetado, perda de mobilidades das articulações, dores difusas, problemas de memória, incapacidades sensoriais, dificuldade na comunicação oral e escrita, prejudicando a capacidade funcional⁴.

A incapacidade funcional aumenta os episódios de quedas que também desencadeiam impactos na vida de um idoso, como a hospitalização, institucionalização e consumo de serviços sociais e de saúde. No Brasil, em 2005, ocorreram 61.368 hospitalizações por quedas de pessoas idosas de ambos os sexos, representando 2,8% de todas as internações de idosos no país⁵. A ocorrência de quedas em idosos que residem em instituições de longa permanência é bem maior se comparada à daqueles que residem com suas famílias na comunidade. Acredita-se que seja pelo fato desses idosos serem mais propensos ao sedentarismo⁸.

Desta forma, este estudo tem por avaliar o risco de quedas entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados com sequelas de AVE por meio da capacidade funcional, equilíbrio corporal e qualidade de vida, permitindo averiguar qual grupo é mais debilitado e os fatores que mais contribuem para esse evento.

Metodologia

Trata-se de um estudo randomizado pareado no qual foram avaliados, o risco de quedas, equilíbrio corporal, capacidade funcional e qualidade de vida dos idosos com sequelas de AVE institucionalizados e não institucionalizados.

Os critérios de inclusão foram: indivíduos entre 60 e 80 anos diagnosticados com sequelas de AVE pelo serviço médico, obtidos pela leitura dos prontuários. Indivíduos com mais de 80 anos não foram incluídos no estudo por apresentarem maior dependência funcional, podendo interferir nos resultados⁹. Os critérios de exclusão foram indivíduos que apresentaram outras patologias neurológicas associadas, problemas cognitivos, problemas cardíacos e respiratórios graves, além de problemas ortopédicos que limitavam a deambulação e as funções de membros superiores causando dores.

A busca pela amostra de idosos institucionalizados foi realizada em três instituições de longa permanência na cidade de Barbacena-MG. Os idosos não institucionalizados foram avaliados em suas respectivas residências e em clínicas de fisioterapia da mesma cidade. A amostra final consistiu de 20 indivíduos, com sequelas de AVE, do gênero masculino (por oportunidade de amostra), divididos em dois grupos, sendo 10 indivíduos institucionalizados (Grupo I) e 10 não institucionalizados (Grupo II).

Para avaliação do equilíbrio corporal foi utilizada a escada de Berg (teste que contém 14 tarefas comuns que envolvem o equilíbrio estático e dinâmico). A realização das tarefas foi avaliada por meio de observação que resultou em pontuação de 0-4 (a pontuação aumenta conforme menor for a dependência para a realização das tarefas), totalizando um máximo de 56 pontos. Já a capacidade funcional foi realizada utilizando a Medida de Independência Funcional (MIF) que possui 18 categorias pontuadas de um a sete e classificadas quanto ao nível de dependência para a realização da tarefa.

O risco de quedas foi avaliado pela escala de Dawton que é dividida em cinco níveis, distribuídos em: 1 - quedas anteriores; 2 - medicamentos; 3 - déficit sensorial; 4 - estado mental e 5 - marcha. Os subníveis podem ser marcados com asteriscos, sendo que, cada asterisco significa um ponto. O risco elevado de queda pela escala de Dawton é estabelecido com um escore igual ou maior que 3 pontos.

Para a avaliação da qualidade de vida foi utilizado o questionário genérico *The Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey* (SF-36), validado na cultura brasileira, sendo considerado um instrumento simples, com questões diretas e de fácil compreensão¹⁰.

A coleta de dados foi realizada em duas etapas. A primeira etapa consistiu na seleção da amostra e a segunda etapa, na avaliação de todos os indivíduos com as escalas citadas anteriormente. Estes dados foram recolhidos e processados em banco de dados eletrônico no programa Microsoft® Excel 07 (Sistema Operacional Windows 7, Microsoft Coporation, Inc.). O teste estatístico utilizado foi o teste *t-Student* para amostras independentes com nível de significância de 5%, e o teste de correlação de *Pearson*, com nível de significância de 5%, para as correlações das variáveis em análise.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC de Barbacena - Minas Gerais, (Parecer protocolo nº 523/09), por estar de acordo com a Resolução de número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos. Os diretores das instituições de longa permanência e os idosos da comunidade receberam termo de consentimento livre e esclarecido, para a segurança dos participantes e da pesquisa, sendo o estudo iniciado após o consentimento dos mesmos.

Resultados

A faixa etária total dos idosos estudados variou de 61 a 77 anos, sendo que a média foi de $67,8 \pm 4,32$ para idosos institucionalizados (grupo I) e $66 \pm 4,19$ para idosos não institucionalizados (grupo II). Com relação ao tempo de ocorrência do AVE, o grupo I apresentou uma média de 39,6 meses, enquanto o grupo II apresentou média de 40,1 meses pós AVE.

Foram avaliados equilíbrio, risco de quedas, qualidade de vida e capacidade funcional de todos os idosos da amostra. A tabela 1 demonstra as médias com seus respectivos desvios padrões para as escala Berg, Dawton e MIF.

Tabela 1 – Equilíbrio corporal, o risco de quedas e capacidade funcional avaliados respectivamente pelas escalas Berg, Dawton e MIF em indivíduos idosos com sequela de AVE institucionalizados e não institucionalizados

	Institucionalizados Média ± Desvio Padrão (DP)	Não institucionalizados Média ± Desvio Padrão (DP)	p-valor
Berg	37.000 ± 3.2042	46.400 ± 1.6275	0,0561
Dawton	3.4000 ± 0.58119	1.2000 ± 0.20000	0,0040
MIF	106.40 ± 4.6000	118.10 ± 1.2152	0,0005

Os valores médios da Escala de Berg foram diferentes estatisticamente ($p < 0,05$), sendo que a média foi superior entre os idosos não institucionalizados quando comparado aos idosos institucionalizados (Figura 1). No entanto, de acordo com alguns autores, os valores encontrados para ambos os grupos de idosos se enquadram em um intervalo que sugere alto risco de queda devido ao déficit de equilíbrio¹¹.

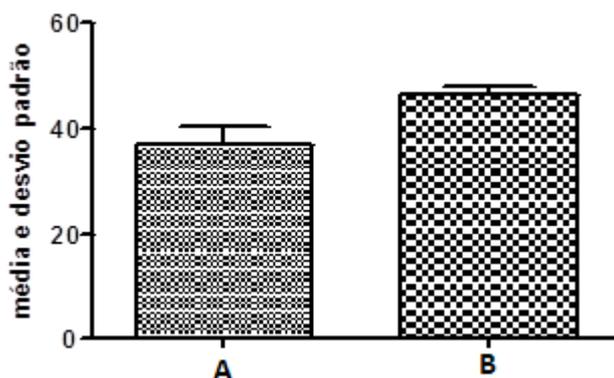


Figura 1 – Valores médios e desvio padrão do equilíbrio corporal dos idosos com AVE institucionalizados (A) e não institucionalizados (B) avaliados pela escala de Berg.

Na Escala de Dawton o valor médio foi desfavorável ao grupo de idosos institucionalizados que apresentaram uma média de escore de 3,4, ou seja, maior que três pontos, estando então, classificados no grupo de alto risco de quedas (Figura 2).

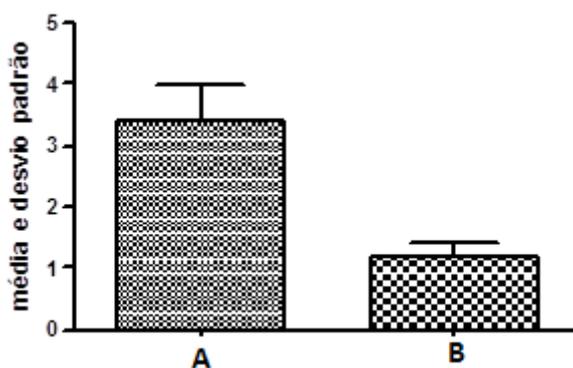


Figura 2 – Valores médios e desvio padrão do risco de quedas dos idosos com AVE institucionalizados (A) e não institucionalizados (B) avaliados pela escala de Dawton.

Entre os itens avaliados da escala de Dawton, foi verificado o uso de medicamentos (tranquilizantes, diuréticos, hipotensores, antiparkinsonianos, antidepressivos e outros), em que cada grupo de medicamentos é equivalente a 1 ponto. O grupo I fazia uso de mais medicamentos (1,5) que o grupo II (0,9). Também foi analisada a qualidade da deambulação, classificando-a como: normal, segura com ajuda (pessoa ou dispositivo), insegura mesmo com ajuda ou impossível (uso de cadeira de rodas), correspondendo a 1 ponto cada item, exceto a deambulação normal. Novamente os idosos do grupo I apresentaram maior média (0,6) quando comparados aos idosos do grupo II (0), reservando ao primeiro, maior necessidade de ajuda para deambulação e maior risco de quedas.

O resultado para escala de MIF, que avalia capacidade funcional também foi estatisticamente significativo ($p < 0,05$), apresentando valor médio menor para idosos institucionalizados (106,40) quando comparado aos idosos não institucionalizados (118,10) (Figura 3), contudo ambos os valores médios se enquadram em uma independência funcional completa/modificada.

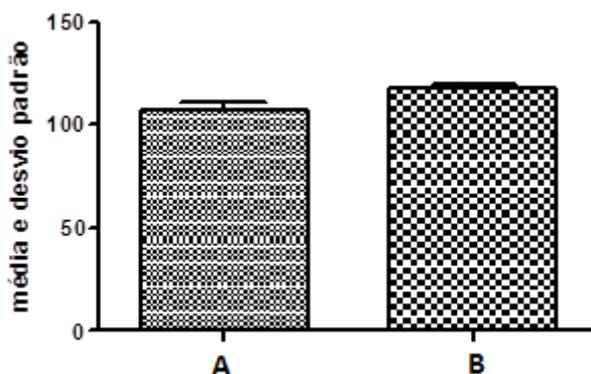


Figura 3 – Valores médios e desvio padrão da medida de independência funcional dos idosos com AVE institucionalizados (A) e não institucionalizados (B).

Os resultados da avaliação da qualidade de vida de todos os idosos foram comparados usando o questionário SF36 que apresenta oito domínios, sendo estes: capacidade funcional (CF), limitação por aspecto físico (LAF), dor (D), estado geral de saúde (EGS), vitalidade (V), aspecto social (AS), limitação por aspecto emocional (LAE) e saúde mental (SM). Para estes oito domínios, os valores médios dos itens CF, EGS, AS, LAE e SM foram superiores para idosos não institucionalizados, no entanto foi observada diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$), apenas para os domínios CF e LAE (Figura 4).

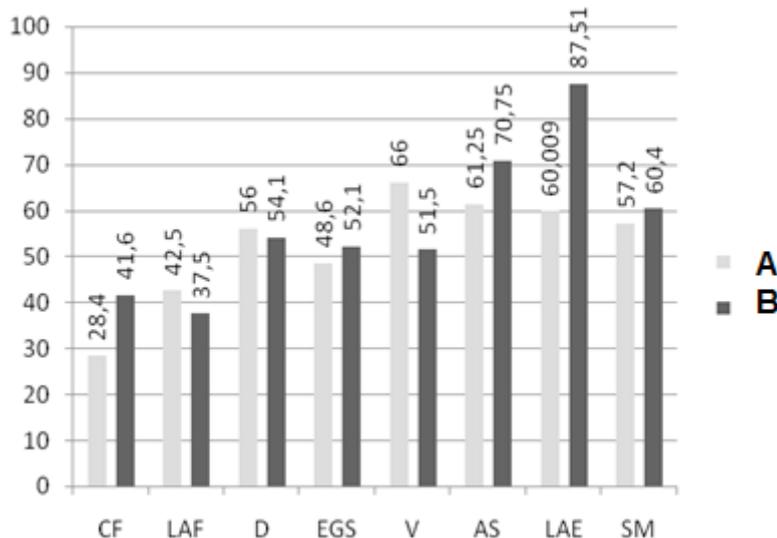


Figura 4 – Médias para os oito domínios do questionário SF 36 dos idosos com AVE institucionalizados (A) e não institucionalizados (B).

Na amostra pesquisada foi observada correlação significativa entre as escalas de Berg e Dawton (Pearson $r^2 = -0,71$, $p = 0,0002$), entre o risco de quedas e a capacidade funcional dos idosos (Pearson $r^2 = 0,63$, $p = 0,003$), e entre o equilíbrio corporal e a capacidade funcional dos idosos (Pearson $r^2 = 0,67$, $p = 0,001$).

Discussão

Como demonstrado houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre as médias da escala de Berg de idosos com AVE, institucionalizados e não institucionalizados, sendo que os idosos institucionalizados apresentaram menor média na escala de Berg e MIF, e maior média na escala de Dawton. Isto corrobora com os estudos¹²⁻¹³ que evidenciaram maior incidência de quedas nos idosos institucionalizados devido à fragilidade e fraqueza muscular¹². Esta ocorrência é maior pelo fato desses idosos apresentarem um longo período de sedentarismo¹³. Cerca de 50% das quedas têm como causa: ambiente inadequado, seguidos por doenças neurológicas e doenças cardiovasculares⁴.

Dentre os fatores intrínsecos responsáveis por quedas, está o surgimento de doenças que ocasionam redução da capacidade física podendo acarretar efeitos sobre o controle postural do indivíduo e ter ação sobre o equilíbrio. As principais condições patológicas que podem predispor às quedas são: as doenças neurológicas, cardiovasculares, endocrinológicas, osteomusculares, geniturinárias, psiquiátricas e sensoriais¹⁵⁻¹⁶.

No presente estudo, foi verificado que os idosos institucionalizados usavam maior quantidade de medicamentos e possuíam maior dificuldade para deambulação, o que os expunham a possíveis quedas. A correlação entre o risco de quedas e o uso de polifármacos está em concordância com o uso de quatro ou mais drogas associadas, em idosos, podendo ocasionar maior risco de queda devido à associação entre elas e ao fato de traduzir uma condição de saúde precária¹⁷. Medicamentos como diuréticos, psicotrópicos, anti-hipertensivos e antiparkinsonianos podem ser consideradas drogas que propiciam quedas. Estes medicamentos podem diminuir funções motoras, causar fraqueza muscular, fadiga, vertigem ou hipotensão postural¹⁸.

A senescência propicia desordens dos receptores sensoriais do equilíbrio, do controle postural, do processamento cognitivo central e da resposta motora, o que torna o indivíduo mais dependente¹⁹. Existe uma correlação entre quedas e capacidade funcional, onde o prejuízo da última tem papel importante na interação multicausal das quedas²⁰. No presente estudo, ao avaliar a capacidade funcional de ambos os grupos de idosos foi observado que estes se enquadram em um nível de independência funcional completa/modificada. Todavia, os idosos do grupo I apresentaram menor escore na escala MIF, o que foi suficiente para proporcionar diferença estatística significativa entre os grupos. O escore encontrado para o grupo de idosos com AVE de instituições foi de 106,40 classificando-os com dependência completa/modificada. Outro estudo²¹ que avaliou a capacidade funcional, através da escala MIF, de 14 idosos, com seqüela de AVE, residentes em instituições de Goiânia encontrou um escore total de 60 (dependência modificada com assistência de 50%). O fato de

o idoso ter sofrido um AVE somado ao fato de ser institucionalizado pode justificar menor escore encontrado no presente estudo, pois o risco para o desenvolvimento de incapacidade funcional aumenta quando o indivíduo com seqüela de AVE é idoso e institucionalizado²².

O fato dos idosos incluídos neste estudo apresentarem independência completa/modificada pode se justificar por todos possuírem acompanhamento em serviços de reabilitação como fisioterapia e terem mais de um ano de seqüela de AVE, sugerindo que os idosos se adaptam com as incapacidades provocadas por esta patologia. Os idosos com seqüela de AVE que possuem acesso à assistência em saúde possuem maior escore na escala MIF.²³ Já os indivíduos com seqüela de AVE que têm idade igual ou superior a 55 anos apresentam dificuldade de autonomia, de independência e redução na capacidade funcional e que estes fatores quando associados repercutem no agravamento da qualidade de vida²⁴.

No presente estudo foram identificados valores médios superiores ($p < 0,05$) nos itens CF e LAE da escala SF-36 para os idosos não institucionalizados. Os domínios CF e LAF foram os itens que obtiveram menores escores tanto entre idosos institucionalizados quanto idosos não institucionalizados. Estes resultados corroboram achados do estudo²⁵ que avaliou a qualidade de vida de idosos que vivem em residências, por meio do SF-36, com e sem assistência à saúde, que apontaram menor escore para os domínios aspecto físico, capacidade funcional e aspecto emocional. A presença de sequelas decorrentes do AVE, prejudica a funcionalidade dos idosos e também demonstra que os sujeitos com acesso à assistência à saúde apresentam escore superior na dimensão capacidade funcional, quando comparados aos que não possuem acesso²⁵.

Além disso, as sequelas motoras, cognitivas, emocionais e sociais decorrentes do AVE, causam prejuízo no desempenho funcional e conseqüentemente na qualidade de vida dos idosos. Assim, a reabilitação é uma das principais formas de tratamento após um episódio de AVE proporcionando melhora e recuperação total ou parcial das funções comprometidas pela doença²⁵.

A partir dos achados deste estudo, observa-se que idosos com sequelas de AVE institucionalizados (grupo I) apresentaram diminuição de equilíbrio proporcionando alto risco de quedas. Também apresentaram menor capacidade funcional quando comparados aos idosos, com sequelas de AVE, não institucionalizados (grupo II). No entanto, a qualidade de vida tanto no grupo I quanto no grupo II não apresentou diferenças estatísticas significativas.

Conclusão

Este estudo pode contribuir para a prática clínica, apontando dados que contribuem para melhorias na adequação das instituições de longa permanência de idosos com sequelas de AVE, além de proporcionar programas de manejo, promoção, prevenção e reabilitações específicas, para que o idoso tenha maior autonomia ao realizar suas atividades de vida diária.

Referências bibliográficas

1. Najas MS. A avaliação nutricional do Idoso. In: Papaléo Netto, editora. Atheneu. São Paulo; 1996. p. 242-247.
2. Gandolfi LM, Skora, MC. Fisioterapia preventiva em grupos da terceira idade. Fisioterapia em movimento. 2001; 13 (2): 55-62.
3. Ministério da Saúde. Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: Guia Operacional e Portarias Relacionadas. [citado em: 12 out 2010]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm>
4. Rabelo DF, Néri AL. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. Estudos de Psicologia. 2006; 11 (2): 169-177.
5. Ribeiro PA, Souza, ER. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. Rev. Ciência e Saúde Coletiva. 2008; 13(4): 1265-1273.
6. Paulo RB, Guimarães TM, Helito PVP, et al. Acidente vascular cerebral isquêmico em uma enfermaria de neurologia : complicações e tempo de internação. Rev Assoc Med Bras. 2009; 55(3): 313-316.
7. Salmela LF, Faria CDC. M., Guimarães, C. Q. Goulart, F. Parreira, V. F., Inácio, E. P. E Alcântara, T. O. Treinamento físico e destreinamento em hemiplégicos crônicos: impacto na qualidade de vida. Rev. Brasileira de Fisioterapia. 2005; 9(3): 347-353.

8. Orondino JAS, Araújo CRM, Oliveira, EAT, Aguiar JLN. Incidência e causa de quedas em idoso institucionalizados. In: Anais do III Encontro de Iniciação Científica FAMINAS; 2006 jan.; Muriaé. Minas Gerais: 2006
9. Ricci NA, Kubota MT, Cordeiro RC. Concordância de observações sobre a capacidade funcional de idosos em assistência domiciliar. Rev. Saúde Pública. 2005; 39 (54): 655-62.
10. Ciconelli RM. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida. Medical Outcomes Study 36-item short-form health survey (SF-36) [Tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 1999.
11. Shumway-Cook A, Woollacott MH. Controle motor: teoria e aplicações práticas. 2º Edição. Ed. Manole: 2003.
12. Díaz GJG, Gil CV, Andrade VP, Alonso, RP, Alvarez AS, Reinoso SH. Risk factors for falls amongst older people living in nursing home. Rev. Espanhola Geriatria e Gerontologia. 2009; 44(6): 301-304
13. Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, et. al. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. Revista Saúde Pública. 2007; 41(5): 749-756.
14. Fabrício SCC, Rodrigues, RAP, Junior MLC. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. Revista Saúde Pública. 2004; 38(1): 93-99.
15. Kay PD, Tideiksaar R. Quedas e distúrbios de marcha. In: ABRAMS W. B., BERKOW R. Manual Merck de Geriatria. São Paulo: Ed Roca; 1995.
16. Lipsitz LA. An 85 years-old woman with a history of falls. The Journal of the American Medical Association. 1996; 276(1): 59-66
17. Robbins AS, Rubenstein LZ, Josephson KR, Schulman BL, Osterweil LD, Fine G. Predictors of falls among elderly people. Results of two population based studies. Archives of Internal Medicine. 1989; 149(7): 1628-1633.
18. Brito FC, Costa SMN. Quedas. In: Papaleo Netto M., Brito F. C. Urgências em geriatria, editora. Atheneu. São Paulo: 2001. p. 323-3235.
19. Menezes RL, Bachion RL. Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados. Ciências & Saúde Coletiva. 2008; 13(4): 1209-1218.
20. Cumming RG, Salked G, Thomas M, Szonyi G. Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. J Gerontol A Biol Sci Med Sc. 2000; 55(5): 299-305.
21. Viana FP, Lorenzo APC, Oliveira EF, Rezendes SM. Medida de independência funcional nas atividades de vida diária em idosos com seqüelas de acidente vascular encefálico no Complexo Gerontológico Sagrada Família de Goiânia. Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia. 2008; 11(1): 17-28.
22. Silva F, Stroke I. Current aspects concerning prevention: We need to act. Medicina Interna. 2004; 11(2): 99-108.
23. Cruz KCT, Diogo MJE. Avaliação da capacidade funcional de idosos com acidente vascular encefálico. Acta Paulista de Enfermagem. 2009; 22(5): 666-672.
24. Cruz KCT. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico com idade maior ou igual à 55 anos. [dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2004.
25. Cruz KCT, Diogo MJE. Avaliação da capacidade funcional em idosos com Acidente Vascular Encefálico. Online Brazilian Journal of Nursing [serial online] 2008. [citado em: 15 Jun 2010]. Disponível em: <http://www.uff.br/nepae/siteantigo/otherissues.htm>

Laila Cristina Moreira Damázio

Endereço para correspondência – Rua Dom Helvécio, 74. Bairro Dom Bosco, CEP 36301-160, São João Del Rei, MG, Brasil.

E-mail: lailacmdamazio@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2543185250947429>

Jasiara Carla Oliveira – jasi_oliveira@yahoo.com.br

Elzira D'Santiago Marciano – elziramarciano@yahoo.com.br

Marcos Grissi Pissolati – mgpissolati@gmail.com

Enviado em 21 de novembro de 2013.

Publicado em 07 de julho de 2014.

Relação entre o alinhamento pélvico e a incontinência urinária de esforço

Sandra Beatriz Aires dos Santos¹ Hedioneia Maria Foletto Pivetta² Ana Fátima Viero Badaró³

RESUMO

O equilíbrio da pelve é essencial para a continência urinária. Neste estudo buscou-se verificar a relação entre a Incontinência Urinária de Esforço (IUE) e o alinhamento pélvico em mulheres adultas. O trabalho constituiu na aplicação de um questionário adaptado, específico em Uroginecologia e exames de Raios-X em uma amostra constituída por 25 mulheres, divididas em dois grupos, o Grupo Controle (GC) e o Grupo Experimental (GE), com idade entre 40 e 57 anos. Os resultados foram submetidos a testes estatísticos, com nível de significância de 5%. Os resultados sugerem relação entre alterações de mais de um ângulo pélvico, o que sugere prejuízo do alinhamento pélvico e, conseqüentemente predisposição a incontinência urinária de esforço (IUE). Não houve correlação de alteração no alinhamento pélvico em um ângulo isoladamente.

Descritores: Pelve; Incontinência Urinária; Saúde da Mulher; Radiografia.

Relationship between pelvic alignment and the stress urinary incontinence

ABSTRACT

The equilibrium of the pelvis is essential for urinary continence. This study aimed to verify the relationship between urinary incontinence (SUI) and pelvic alignment in adult women. The study consisted of applying a tailored, specific questionnaire in Urogynecology, and X-ray examinations in a sample of 25 women divided into two groups: control (CG) and experimental (EG) aged 40 to 57 years . The results were submitted to statistical tests with significance level of 5%. The results suggest a relationship between changes over a pelvic angle, suggesting loss of pelvic alignment and hence a predisposition to stress urinary incontinence (SUI). There was no correlation between change in pelvic alignment at an angle alone.

Descriptors: Pelvis; Urinary Incontinence; Women's Health; Radiography

¹ Especialista em Reabilitação físico-motora pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

² Doutora em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

³ Pós doutora em Ética e bioética pela Universidad Complutense de Madrid (UCM), Madrid, Espanha.

Introdução

Incontinência urinária (IU) é um problema que afeta mulheres de todas as idades¹. A Incontinência Urinária de Esforço (IUE) é definida como uma perda involuntária de urina pela uretra, anatomicamente normal, resultante de uma disfunção do equilíbrio vésico-esfincteriano, quando a pressão vesical excede a pressão uretral máxima, na ausência de atividade do músculo detrusor, ocorrendo, em regra, por aumentos da pressão intra-abdominal². Essa disfunção acaba por causar problemas sociais e/ou de higiene na pessoa, tornando-se de suma importância seu estudo e a discussão das alternativas de tratamento.

A IUE é considerada multifatorial e apresenta como fatores de risco o parto traumático, com o uso de fórceps e/ou episiotomias; deficiência estrogênica, condições associadas ao aumento da pressão intra-abdominal; tabagismo; diabetes; neuropatias e histerectomia prévia³, sendo que o bom equilíbrio da bacia pélvica depende da condição postural⁴.

A postura estática é mantida pela integração dos músculos que funcionam como estabilizadores do corpo, contraindo-se apenas para manter a harmonia articular, permitindo que o indivíduo permaneça em ortostase⁵. Em posição ereta surgem, portanto, as consequências das retrações de músculos da estática⁶. A manutenção de uma postura correta da região pélvica torna-se um fator de contribuição para a continência nas situações de aumento da pressão intra-abdominal⁷.

Os desequilíbrios pélvicos podem levar a um déficit de força da musculatura perineal e colaborar negativamente para a continência, já que o mecanismo esfincteriano também estará comprometido⁸. A continência urinária depende do equilíbrio entre as forças de expulsão e as de retenção (tonicidade dos esfíncteres lisos e estriados e resistência uretral) e da posição intrapélvica da uretra proximal em relação ao colo vesical, onde os aumentos da pressão intra-abdominal devem ser transmitidos diretamente à uretra⁹. As fibras do músculo levantador do ânus, ligadas à fáscia endopélvica formam uma rede de sustentação muito importante para a manutenção da continência, pois durante a contração muscular, por circundar a vagina e a porção distal da uretra, essa rede vai tracionar a uretra em direção ao púbis e comprimi-la contra a parede vaginal, mantendo, assim, a luz uretral ocluída¹⁰.

Diante do exposto, este estudo buscou verificar a relação entre a Incontinência Urinária de Esforço (IUE) e o alinhamento pélvico em mulheres adultas.

Metodologia

A amostra foi composta por 25 mulheres, com diagnóstico de IUE, na faixa etária dos 40 aos 57 anos, provenientes do Ambulatório de Ginecologia e do Ambulatório de Fisioterapia de um hospital-escola, da rede pública federal, do sul do Brasil. As participantes foram divididas em dois grupos, um denominado Grupo Controle (GC), com 13 mulheres continentas e o outro, denominado Grupo Experimental (GE), com 12 mulheres com diagnóstico urodinâmico de IUE.

O estudo apresenta abordagem analítica observacional e delineamento transversal¹¹, com Grupo Controle. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição responsável, sob o protocolo, número 263.224/2013. Previamente, ao início da coleta de dados, as voluntárias assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A coleta de dados se deu entre os meses de maio a outubro de 2013, através do preenchimento de questionário adaptado, específico em Uroginecologia¹², com o objetivo de delinear o perfil uroginecológico das mulheres avaliadas. Após, realizaram-se exames radiológicos da pelve, nas posições perfil e ântero-posterior, ambos em ortostase.

O alinhamento pélvico, em perfil, foi analisado, de acordo com Rolf¹³, que considera uma pelve equilibrada aquela em que a linha entre o púbis e cóccix (A-A') estará na horizontal formando um ângulo reto (90°), com a linha vertical (B-B') entre o púbis e a espinha íliaca ântero-superior e um ângulo de 60°, com a linha traçada entre o cóccix e a 5ª vértebra lombar (C-C'). Desse modo, foram mensurados e analisados os ângulos X (A-B') e Y (A'-C), conforme observados na figura 1. Ainda na vista anterior, a simetria da pelve foi verificada pela horizontalidade das EIAS (linha E-E') e por uma linha vertical que passa entre a 5ª vértebra lombar e a sínfise púbica (F-F') formando um ângulo reto (ângulo Z=90°)¹³, como apresentado na figura 2.

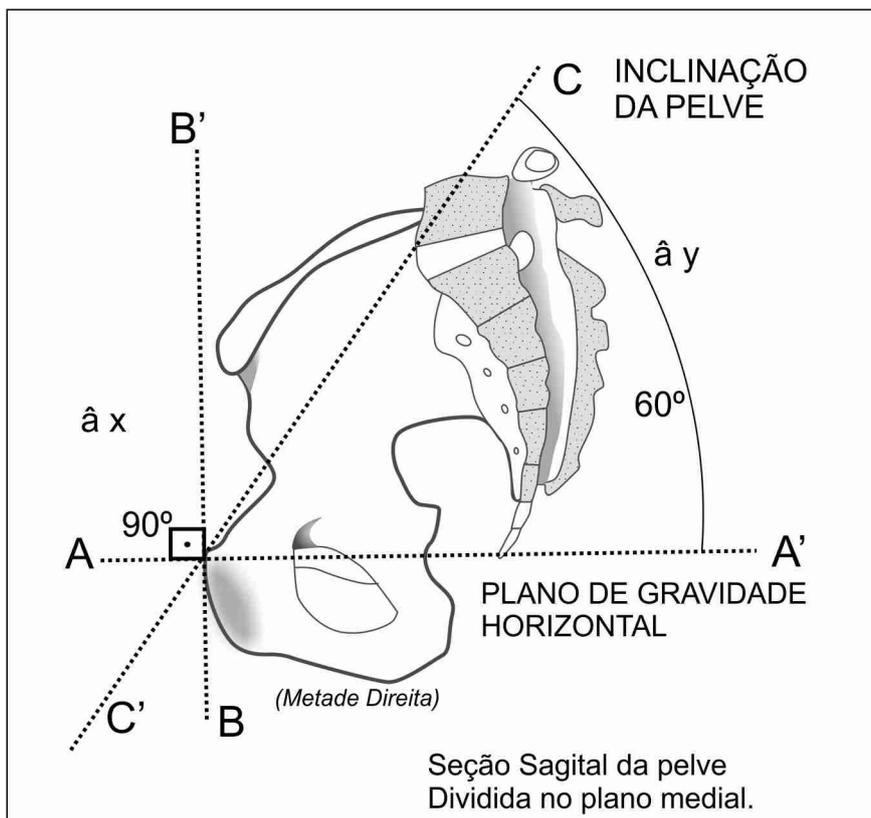


Figura 1 – Vista lateral da pelve direita (redesenhada), com as linhas horizontal (linha A-A'), entre o cóccix e o púbis; vertical (linha B-B'), entre o púbis e espinha ilíaca ântero-superior (EIAS); e a linha traçada entre o cóccix e a 5ª. vértebra lombar (linha C-C') e os ângulos X e Y. Fonte: ROLF, 1990, p.86.

Os exames de RX e as análises dos ângulos da pelve foram realizados por um técnico em radiologia. Foi utilizado o *Software Animati Workstation*, uma ferramenta de visualização avançada, desenvolvida pela empresa Animati Sistema de Arquivamento e Comunicação de Imagens Diagnósticas (PACS), para análise de RX digital, com fins diagnósticos (Figura 3).

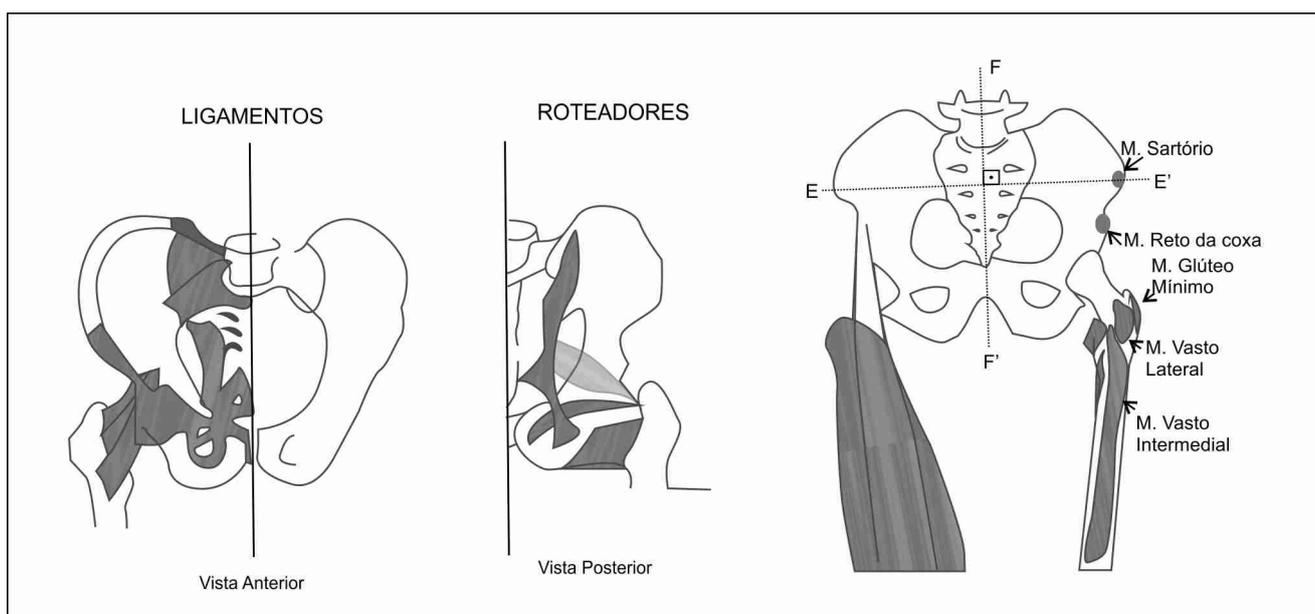


Figura 2 – Vista anterior e posterior da pelve (redesenhada). Fonte: ROLF, 1990, p. 109.



Figura 3 – Pelve em vista ântero-posterior e perfil gerada pelo software Animati Workstation

Foram excluídas do estudo as mulheres submetidas a cirurgias prévias, afecções musculoesqueléticas, reumatológicas e escoliose estrutural, referidas e/ou detectadas, após o encaminhamento médico, e aquelas com imagens radiológicas com presença de fixação óssea metálica nos membros inferiores, pelve e/ou coluna vertebral. Três pacientes foram agendadas e não compareceram ao exame e houve uma desistência em decorrência da morosidade na realização do exame. Posteriormente, foram excluídas do GC cinco imagens radiográficas digitalizadas, por apresentarem medidas imprecisas, devido à baixa qualidade visual.

A análise estatística dos dados foi realizada por meio dos testes: Shapiro Wilk, para testar a normalidade dos dados, Teste “t”, para amostras independentes, Qui-quadrado e correlação de Pearson. Para o estudo das frequências das variáveis “tipo de parto” e “escolaridade” foi utilizada a estatística descritiva de frequência. Também foi utilizado o aplicativo SPSS for Windows®, versão 14.0 e adotado um nível de significância de 5%.

Resultados

A apresentação dos resultados foi organizada a partir da caracterização da amostra, em que são consideradas as variáveis idade, IMC, tipo de parto e escolaridade. Na sequência, apresentam-se as angulações obtidas na avaliação do alinhamento pélvico das mulheres com e sem IUE.

O GC (n=13) apresentou média de idade de 50,3 anos e IMC de 29,8 Kg/cm²; 76,9% são da cor branca e 30,7% são solteiras. Quanto à profissão, encontrou-se: 15,4%, empregada doméstica; 23,1%, serviços gerais; 15,4%, do lar; 15,4%, trabalhadoras do comércio (vendedoras); 15,4%, cabeleireira; 7,7%, costureira, e 7,7%, técnica em enfermagem. Já, no GE (n=12), a média de idade foi de 50,2 anos e IMC de 27,7Kg/cm²; 83,3% são da cor branca e todas são casadas. A profissão verificada neste grupo foi 75%, do lar; 16,6%, serviços gerais e 8,3%, agricultoras.

As mulheres do GC tiveram 46 gestações, 37 partos e 12 abortos, e as do GE tiveram 31 gestações, 28 partos e sete abortos. Quanto ao tipo de parto, o GC apresentou 38,4% de ambos os tipos de parto, seguido de 30,8% de partos vaginais e 30,8% de partos cesáreos, sendo que cinco delas tiveram mais de dois partos. No GE, 50% tiveram parto vaginal; 25% foram submetidas a parto cesáreo, e 25% a ambos, sendo que três delas tiveram mais de dois partos. A Tabela 1 apresenta os tipos de parto, as frequências e a comparação intergrupos.

Tabela 1 – Comparação entre tipo de parto, por mulher, do GC e GE

Tipos de parto	Frequência	
	Grupo GC n (%)	Grupo GE n (%)
Vaginais	4 (30,8)	6 (50,0)
Cesarianas	4 (30,8)	3 (25,0)
Ambos	5 (38,4)	3 (25,0)

n=número de sujeitos

Quanto à escolaridade, no GC, predominou mulheres com ensino fundamental incompleto (46,1%), seguido do ensino médio completo (23,1%). Entretanto, no GE imperou o ensino médio incompleto (75%), o que pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2 – Escolaridade das participantes do GC e GE

Nível	Frequência	
	GC n (%)	GE n (%)
Ensino fundamental incompleto	7 (46,1)	1 (8,3)
Ensino fundamental completo	1 (7,7)	2 (16,7)
Ensino Médio ou antigo 2ª grau incompleto	1 (7,7)	9 (75,0)
Ensino Médio ou antigo 2ª grau completo	4 (23,1)	0 (0)
Superior incompleto	1 (7,7)	0 (0)
Pós-graduação	1 (7,7)	0 (0)

n=número de sujeitos.

O alinhamento pélvico em perfil foi verificado pelas medidas dos ângulos X e Y e, na vista anterior, pelo ângulo Z. A análise descritiva das medidas é apresentada na Tabela 3, de acordo com as angulações que caracterizam o alinhamento pélvico normal para os ângulos X, Y e Z. A Tabela 4 apresenta as médias dos ângulos X, Y e Z do GC e GE, o Teste t e o nível de significância

Tabela 3 – Análise descritiva dos ângulos do alinhamento pélvico em perfil (â X e â Y) e na vista anterior (â Z)

Grupos e ângulos	n	Mínimo	Máximo	Média	DP
GC â X (90°)	13	90,50	109,80	97,06	5,68
GC â Y (60°)	13	50,70	68,80	59,92	4,64
GC â Z (90°)	13	87,60	91,60	89,56	1,18
GE â X (90°)	12	86,80	99,90	94,35	4,22
GE â Y (60°)	12	52,40	96,20	65,60	10,77
GE â Z (90°)	12	66,30	91,80	87,74	6,86

Tabela 4 – Médias dos ângulos X, Y e Z para os GC e GE

Ângulos	GC (média e DP)	GE (média e DP)	T	P
X	97,06±5,60	94,35±4,22	1,353	0,425
Y	59,92±4,64	65,60±10,77	-1,738	0,244
Z	89,56±1,18	87,74±6,86	0,943	0,102

T=resultado do teste 't' – P=nível de significância

O teste de Pearson para correlacionar o alinhamento pélvico com a IUE mostrou correlação negativa forte ($r = -0,919$, $p = 0,000$) no GE, nos ângulos Z e Y e correlação negativa moderada ($r = -0,605$, $p = 0,037$) no GC, ângulos X e Y.

Discussão

A amostra caracterizou-se por mulheres, com média de idade de 50 anos e IMC elevado (GC = 29,1Kg/cm² e GE = 27,7Kg/cm²), o que indica, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2004), que tanto as mulheres do GC como aquelas do GE estão com sobrepeso.

Em pesquisa que avaliou a influência da menopausa no IMC em 1.506 mulheres, entre 20 e 59 anos, no Rio de Janeiro, observou-se que, aproximadamente 40% delas, apresentaram algum grau de sobrepeso¹⁴. Em outro estudo realizado na população urbana do município de Ijuí-RS, verificou-se que a incontinência urinária é uma situação que se associa ao grau de obesidade. O estudo evidenciou que quanto maior o grau de obesidade, maior a frequência de IUE e que, com o aumento do IMC, a frequência de IU também aumenta. Os autores verificaram, ainda, que o grau de obesidade aumenta a incidência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, doença cardiovascular e incontinência urinária¹⁵.

Estudos indicam que a baixa escolaridade influencia na demora em procurar o tratamento para a doença, uma vez que pode haver o entendimento de que a IU é uma consequência natural do processo de envelhecimento¹⁶. Estimativas demonstram que apenas 50% das pessoas com IU procuram o serviço de saúde por este motivo, o que leva à conclusão que a baixa escolaridade de idosos é um dos fatores de risco para IU¹⁷.

Nesta pesquisa, os dados referentes à escolaridade verificaram que 46,6% das mulheres do GC apresentam ensino fundamental incompleto, ou seja, menos de cinco anos de estudo, e 75% do GE tinham ensino médio incompleto, o que demonstra que as mulheres com IUE, que apresentaram maior nível de escolaridade, foram as que procuraram o serviço de saúde.

Quanto ao número de gestações e partos pode-se inferir que o GC apresentou maior número de ambos. Contudo, a variável, tipo de parto, mostra que no GE, 50% deles foram vaginais, enquanto no GC foi de 30,8%, sugerindo que este seja um fator de risco iminente para a IU neste grupo.

A literatura refere que tanto a gestação quanto o parto são considerados fatores de risco para a IU, pois proporcionam mudanças anatômicas e funcionais do sistema de sustentação pélvica¹⁸. As elevações bruscas da pressão intra-abdominal constituem fatores de risco de IUE, o que ocorre no período gestacional e é intensificado no momento do parto vaginal¹⁸. Estudos sugerem que a prevalência de IU é maior entre mulheres com antecedente de algum tipo de parto, ainda que este tenha sido cesáreo, o que sugere ser o trabalho de parto o principal fator associado à ocorrência dessa queixa^{19,20}.

A pelve equilibrada implica no nivelamento da ponta do cóccix ao púbis, visto no plano sagital, e no nivelamento das EIAS no plano frontal^{13,21,22}, ou seja, em simetria das hemipelves, o que contribui para a sustentação dos órgãos pélvicos. Neste estudo, tanto o GC quanto o GE apresentaram maior inclinação pélvica, demonstrado pelo aumento do ângulo X, enquanto que o ângulo Y apresentou-se alterado somente no GE (65,6°). Isto pode indicar que a inclinação da pelve contribui para a IU neste grupo. Ainda, no GE, observou-se diminuição do ângulo Z (87,74°), o que significa a rotação da pelve, e que ratifica o desalinhamento dessa estrutura.

Na correlação das variáveis que procurou identificar as alterações angulares, os resultados não apresentaram significância estatística para amostras independentes em ambos os grupos, ou seja, a alteração de um ângulo isoladamente não está associada ao fator IUE. Entretanto, quando há associação de alterações de angulações (Z e Y; X e Y), os testes demonstraram forte correlação para a IUE.

Em estudo que buscou a associação do posicionamento pélvico e da lordose lombar com a IUE, não foi encontrada diferença significativa na simetria da pelve ou na lordose lombar nas mulheres que apresentavam a disfunção²³. No mesmo estudo, a análise da báscula de pelve, por fotogrametria, indicou tendência à anteversão pélvica entre as mulheres do grupo controle sem IUE. No conjunto da amostra, apenas uma fraca correlação foi encontrada entre a medida da lordose lombar, por fotogrametria, e o ângulo sacral medido por radiografia²³. Não foram encontrados outros estudos que investigaram o alinhamento pélvico com RX.

Conclusão

Os resultados sugerem relação entre alterações angulares associadas, entre si, o que se refere ao prejuízo do alinhamento pélvico e a incontinência urinária de esforço (IUE). Não houve correlação de alteração no alinhamento pélvico em um ângulo isoladamente.

Sugere-se a investigação do alinhamento pélvico de mulheres com IU, averiguando-se, também, a angulação sacral e lombar, além de investigar possíveis alterações da postura corporal e sua relação com o alinhamento da pelve. Também é interessante relacionar fatores de risco na gestação e tipo de parto, com a presença de IUE.

Agradecimentos:

À Mateus Silva Trindade, técnico em radiologia que realizou os exames de imagem e a mensuração dos ângulos pélvicos.

Referências Bibliográficas

1. Faria K, Pedrosa LAK. Avaliação da qualidade de vida e função sexual de mulheres com e sem incontinência urinária. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 Abr-Jun; 14(2):366-73. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a17.htm>.
2. Oliveira E, Zuliani LMM, Ischicava J, Silva SV, Albuquerque SSR, Souza, AMB, Barbosa PC. Avaliação dos fatores relacionados à ocorrência da incontinência urinária feminina. Rev Assoc Med Bras. 2010; 56(6):688-690.
3. Guarisi T, Pinto-Neto, AM, Osis MJ, Pedro AO, Costa-Paiva LHS, Fagundes A. Procura de serviço médico por mulheres com incontinência urinária. Rev Bras Ginecol Obstet. 2001; 23(7):439-43.
4. Etienne MA, Watman MC. Disfunções sexuais femininas. São Paulo: LMP, 2006.
5. Santos, A. Diagnostico Clinico Postural: um guia prático. 6ª Edição. São Paulo: Summus; 2011.
6. Souchard PE. Le rôle de la rééducation posturale globale (RPG) dans les pathologies respiratoires. Créateur de la RPG, Université de Thérapie Manuelle. Rev Mal Respir. 2005; 22.:524-5.
7. Bienfait M. Fisiologia da Terapia Manual. São Paulo: Summus; 2000.
8. Perry JD, Hullet TL. Urinary incontinence and pelvic muscle rehabilitation index. Northeastern Gerontological Society. New Jersey: New Brunswick; 1998.
9. Rodrigues NC, Scherma D, Mesquita RA, Oliveira J. Exercícios perineais, eletroestimulação e correção postural na incontinência urinária – estudo de casos. Rev Fisioter Mov. 2005 Jul-Set; 18(3)23-29.
10. Matheus LM, Mazzari CF, Mesquita RA, Oliveira J. Influência dos exercícios perineais e dos cones vaginais, associados à correção postural, no tratamento da incontinência urinária feminina. Braz. J. Phys. Ther. 2006 Out-Dez; 10(4)387-392.
11. Marques AP, Peccin MS. Pesquisa em Fisioterapia: a prática baseada em evidências e modelos de estudos. Fisioter. Pesqui. 2005;11(1):43-8.
12. Souza GA, Carvalho RS. Avaliação da capacidade de contração muscular do assoalho pélvico feminino em diversas posições. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Fisioterapia) - Universidade da Amazônia, Belém do Pará. 2007.
13. Rolf IPR. Rolfing: a integração das estruturas humanas. São Paulo: Martins Fontes;1990.
14. Sichert R, Lins APM. Influência da menopausa no índice de massa corporal. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, RJ. Arq Bras Endocrinol Metab. 2001; 45(3). p. 265-70.
15. Rasia J, Berlezi EM, Bigolin SE, Schneider RH. A relação do sobrepeso e obesidade com desconfortos musculoesqueléticos de mulheres pós-menopausa. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano (RBCEH). 2007; 4(1):28-38.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Cadernos de Atenção Básica, Brasília, n. 19, Série A. Normas e Manuais Técnicos – 2010.
17. Bolina AF, Dias FA, Santos NMF, Tavares DMS. Incontinência urinária autorreferida em idosos e seus fatores associados. Rev Rene. 2013; 14(2):354-63.
18. Reis AO, Câmara CNS, Santos SG, Dias TS. Estudo comparativo da capacidade de contração do assoalho pélvico em atletas de voleibol e basquetebol. Rev Bras Med Esporte. 2011 Mar-Apr; 17(2) p. 97-101.
19. Hunskar S, Arnold EP, Burgio K, Diokno AC, Herzog, AR, Mallett VT. Epidemiology and natural history of urinary incontinence. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 2000;11:301-19.
20. Borges JBR, Guarisi T, Camargo ACM, Gollop TR, Machado RB, Borges PCG. Incontinência urinária após parto vaginal ou cesáreo. Einstein (São Paulo). 2010; 8(2), Abr.-Jun. graf, tab.: 192-96.
21. Bienfait M. Fisiologia da Terapia Manual. São Paulo: Summus; 1987.
22. Kapandji AI. Fisiologia Articular: esquemas comentados de mecânica humana. 6a ed. São Paulo: Guanabara Koogan, 2007.
23. Araújo THP, Francisco TLTP, Leite RF, Lunes DH. Posicionamento da pelve e lordose lombar em mulheres com incontinência urinária de esforço. Fisioter. Pesqui. 2010; 17(2):130-35.

Sandra Beatriz Aires dos Santos

Endereço para correspondência – Rua Aristides Lobo, 148. Bairro Passo da Areia, CEP 97020-080, Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: sandra_aires1@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9999305415699688>

Hedioneia Maria Foletto Pivetta – hedioneia@yahoo.com.br

Ana Fátima Viero Badaró – badaroana@uol.com.br

Enviado em 26 de dezembro de 2013.

Aceito em 30 de junho de 2014.

Mudança de hábitos e atitudes em sobreviventes de infarto agudo do miocárdio e angioplastia primária

Adriana Martins Gallo¹ Ruy Laurenti²

RESUMO

O objetivo do estudo foi identificar mudanças de hábitos e atitudes em sobreviventes de infarto agudo do miocárdio após intervenção coronária percutânea (ICP). Trata-se de pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa dos dados referentes à aplicação de um questionário estruturado à pacientes submetidos à ICP, durante internação hospitalar após infarto agudo do miocárdio (IAM). O questionário foi composto por cinco etapas relacionadas aos fatores de risco (FR) e comportamentos para as doenças cardiovasculares (DCV) durante dois períodos da vida -antes e após a ocorrência do IAM. Os momentos foram comparados entre si por meio do teste "t" de Student adotando-se o nível de 5% de significância. O estudo demonstrou que houve mudanças após o infarto em hábitos e atitudes relacionados à alimentação, exercícios físicos, controle de níveis glicêmico e lipídeos e cessação do tabagismo, além de maior preocupação e cuidados em relação à saúde.

Descritores: Angioplastia; Sobrevivência; Infarto do Miocárdio; Fatores de Risco; Doenças Cardiovasculares

Changing habits and attitudes in survivors of acute myocardial infarction and primary angioplasty

ABSTRACT

The aim of the study was to identify changes in habits and attitudes in survivors of acute myocardial infarction after percutaneous coronary intervention (PCI). This is a descriptive study with a quantitative approach to the data relating to the application of a structured patients undergoing PCI during hospitalization after acute myocardial infarction (AMI) questionnaire. The questionnaire was composed of five steps related to risk factors (RFs) for cardiovascular disease (CVD) during two periods of life before and after the occurrence of AMI. Times were compared using the "t" test adopting the 5% level of significance test. The study showed that there were changes after infarction in habits and attitudes related to diet, exercise, glycemic control and lipid levels and smoking cessation, as well as greater concern and care for their health.

Descriptors: Angioplasty; Survival; Myocardial Infarction; Risk Factors; Cardiovascular Diseases.

¹ Mestre em Saúde coletiva pela Universidade do Sagrado Coração (USC), Bauru, SP, Brasil

² Doutor em Cardiologia pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil.

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) representam a primeira causa de morte no Brasil, e aproximadamente 80% estão associados a fatores de risco (FR), que inclui características constitucionais - sexo, idade, raça e genética; características comportamentais - tabagismo, alimentação e atividade física; patologias ou distúrbios metabólicos - hipertensão arterial, obesidade, hiperlipidemia, *diabetes mellitus*; e características socioeconômicas - renda, ocupação, escolaridade e classe social¹.

Dentre as DCV, os distúrbios isquêmicos do coração destacam-se como as principais causas de óbito, em especial o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). A presença de FR, principalmente quando associados entre si, pode contribuir para o aumento do número de indivíduos acometidos por complicações decorrentes de um IAM².

Depois de ocorrido um IAM e realizado o atendimento hospitalar imediato, provavelmente, em curto período, o paciente recebe alta hospitalar e deste então, a adoção de mudanças de hábitos e atitudes irão amenizar o risco de desenvolvimento de um novo IAM, por meio da prevenção secundária^{3,4}.

Em alguns casos, o autocuidado proposto para a prevenção secundária das DCV, conduz o indivíduo a sair de sua zona de conforto, adotando mudanças comportamentais radicais, dentre elas a redução de peso, por meio de dieta hipocalórica, a diminuição da ingestão de sal, a adoção de atividade física regular, e a cessação do tabagismo. Essas atitudes são comprovadamente eficazes para a diminuição do risco cardiovascular⁵.

Vale salientar que, pacientes acometidos por IAM, geralmente, não percebem a gravidade da sua doença e a necessidade de cuidados posteriores, em decorrência do curto período de hospitalização, embora tenham sido submetidos à angioplastia primária. Nesse sentido, faz-se necessária uma abordagem multifatorial, ou seja, explicando aos pacientes quais são os FR mais importantes que estavam presentes em suas vidas antes de acontecer o IAM e são as reais necessidades de adaptações benéficas de comportamento a partir daquele momento.

Muitos dos pacientes infartados, mesmo internados por um quadro agudo, quando passam a entender sua classificação como grave, possuem condições de perceber que o impacto da mudança, a partir de então, de seus hábitos e atitudes serão determinantes na redução e controle dos FR que podem agravar a doença acometida, no caso o IAM. Desta forma, a prevenção secundária é o caminho mais coerente, visto que, para evitar uma recorrência da doença, é preciso que a adesão às alterações no estilo de vida, incluindo também, o tratamento farmacológico, se torne a prioridade na vida dos pacientes⁶.

Considerando a importância da prevenção secundária do IAM, o presente estudo teve como objetivo identificar mudanças de hábitos e atitudes em sobreviventes de IAM após ICP.

Material e métodos

Trata-se de pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa dos dados referentes à aplicação de um questionário estruturado à pacientes submetidos à ICP, durante internação hospitalar após IAM, residentes em dois municípios da região Norte do Paraná. O primeiro é o município sede do hospital onde os pacientes foram internados e o segundo é o município sede da regional de saúde ao qual o primeiro município pertence. O referido hospital atua em média e alta complexidade, com atendimento vinculado ao Sistema Único de Saúde.

Enquanto internados, os pacientes que possuíam diagnóstico médico de IAM foram abordados por uma enfermeira, que realizou orientações quanto aos métodos de prevenção secundária, readaptação da rotina a partir da alta hospitalar, e mudanças de hábitos e atitudes que contribuíssem para a inibição dos FR potencialmente modificáveis.

Os participantes do estudo foram acessados a partir do levantamento das internações do período de janeiro de 2007 a dezembro de 2008. Neste período, foram internadas, aos cuidados da clínica cardiológica, 5.136 pessoas, destas, 2.139 passaram por intervenção cirúrgica, sendo realizado cateterismo cardíaco e/ou angioplastia e/ou cirurgia cardiovascular. O total de indivíduos com diagnóstico médico de IAM foi de 213. Para a seleção da população do estudo, o indivíduo deveria ter residência fixa em um dos dois municípios escolhidos, apresentar diagnóstico de IAM na internação, terem sido submetidos à ICP primária, e ter recebido alta hospitalar por melhora do quadro clínico a mais de 12 meses. A partir dos critérios de inclusão foram selecionados 52 pacientes, destes, seis foram excluídos por evoluírem para óbito e outros seis por não terem sido localizados. Portanto, a população do estudo foi composta de 40 pacientes.

As visitas foram realizadas nos meses de janeiro a março de 2010, sendo a abordagem inicial ao paciente por meio de contato telefônico, para agendamento do encontro domiciliar e aplicação do questionário estruturado. Para os casos em que o contato telefônico não se efetivou, foi realizada visita sem agendamento prévio e a abordagem inicial foi o esclarecimento das etapas da pesquisa e aplicação do questionário.

O questionário estruturado foi elaborado pelos pesquisadores, tomando como base dados da literatura^{3,7-9}. Composto por cinco etapas relacionadas aos FR para as DCV durante dois períodos da vida - antes e após a ocorrência do IAM. A primeira etapa continha questões referentes ao perfil sócio demográfico; a segunda versou sobre condições de saúde e rotinas diárias dos pacientes; a terceira relacionada a doenças pré-existentes, utilização de medicamentos, e medidas de controle; a quarta referente ao índice de massa corporal (IMC) e peso corporal no momento da entrevista e no último ano; e, a quinta e última etapa, relacionada ao hábito de fumar, atividades sexuais e estresse.

Após a realização de um piloto do questionário com 10 pacientes, foram realizadas reformulações quanto à interpretação de perguntas e respostas, para facilitar a compreensão do entrevistado. As entrevistas do teste piloto foram incluídas no plano amostral.

As variáveis de caracterização sociodemográfica foram representadas por meio de frequência absoluta e relativa. Os momentos foram comparados entre si por meio do teste "t" de *Student* adotando-se o nível de 5% de significância.

O teste "t" conduzido para comparar as amostras pareadas, ou seja, os mesmos sujeitos em dois momentos distintos, sendo o primeiro momento aquele que se referia o período antecedente ao IAM e o segundo momento há pelo menos um ano após a alta hospitalar após ICP primária.

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Sagrado Coração, sob o parecer nº 102/09. Os dados foram coletados somente após o entrevistado aceitar a participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, obedecendo aos princípios éticos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12¹⁰.

Resultados

A maioria dos pacientes eram homens (60%), a faixa etária predominante foi entre 51 e 60 anos (37,5%), 90% viviam com companheiro (a), e 35,0% possuíam até quatro anos de estudo Tabela 1.

Os resultados apontam para um aumento do número de refeições durante o dia, bem como da ingestão de frutas entre os pacientes - antes do IAM apenas 20,0% faziam quatro refeições por dia, e após aumentou para 55,0%; a ingestão de frutas por no mínimo duas vezes por semana, aumentou de 12,5% para 35,0%. A ingestão de gordura e fritura teve redução significativa após o IAM, de 27,5% para 7,5%. A utilização de salmão à mesa diminuiu consideravelmente Tabela 2.

Quanto à realização de atividades físicas os resultados apontaram que após o IAM o percentual de pacientes que não realizavam atividades físicas caiu de 52,5% para 32,5%. Após o IAM, o percentual de pacientes que realizavam atividades físicas duas vezes por semana, aumentou de 5% para 30%, associando-se ao aumento do percentual de prescrição pelo profissional de saúde (de 15% para 60%).

A Tabela 3 aponta que tanto para hipertensão, quanto para diabetes não houve diferenças significativas antes e depois do IAM, porém as pessoas passaram a adotar condutas medicamentosas para controle da hipertensão e ainda, fazer controle da glicemia com uso de insulina após o IAM. Também, os pacientes passaram a verificar mais vezes a pressão arterial além de fazer o controle da glicemia capilar.

Sobre o nível glicêmico, 87,5% dos entrevistados referiram nunca ter feito o teste de glicemia capilar antes do IAM, sendo que no período após o IAM, 32,5% disseram realizar tal teste pelo menos uma vez ao mês.

Os resultados demonstraram que a dislipidemia permaneceu sem diferenças significantes nos dois momentos, mas, notou-se significância estatística na adesão ao tratamento medicamentoso e também que passaram a evitar a ingestão de gorduras e frituras após o IAM (25% no período anterior ao IAM para 85% após) (Tabela 3).

A frequência de indivíduos com excesso de peso após o IAM foi de 55%, e com obesidade grau I representou 20% da população. Em relação ao último ano, os entrevistados autorreferiram seu peso, sendo que 40% dos entrevistados disseram ter diminuição do peso, enquanto 37,5% disseram manter o peso anterior a este período (Tabela 4).

O tabagismo antes do IAM foi relatado por 45% dos entrevistados, sendo que este percentual reduziu para 7,5%. Destaca-se que 15% pararam de fumar antes do episódio agudo do infarto. (Tabela 5)

Em relação à vida sexual (Tabela 5), antes do IAM, 90% eram sexualmente ativos e a maior parte (37,5%) mantinha de seis a dez relações sexuais por mês. Comparando-se a satisfação da relação sexual, observou-se significância estatística sobre a qualidade da relação, pois antes do IAM a maioria das pessoas eram satisfeitas (85%) e após o IAM, as pessoas satisfeitas representavam 17,5%.

Os entrevistados relataram que possuíam atitudes positivas em relação à própria vida antes e depois do IAM (45 % e 87,5% respectivamente).

Discussão

No presente estudo, identificou-se que as pessoas saem do momento agudo da doença cada vez mais conscientes que devem mudar seus hábitos e atitudes, da mesma forma que resultados apontados por outras pesquisas^{2,11} em que ficou evidenciado que as mudanças aliadas a hábitos e posturas inadequadas à saúde, como inatividade física e tabagismo, contribuem fortemente para expor ainda mais os indivíduos às doenças, especialmente à recorrência das DCV.

Ao receber alta hospitalar após o tratamento para o IAM, o paciente teme a recorrência da doença. Este fato gera uma sensação de impotência, prostração e a incerteza de recuperação^{6,12}. Identificou-se no período que antecede à alta hospitalar a ansiedade em querer mudar e modificar os FR.

Os pacientes após o IAM, passam a antecipar a vida após a alta⁶, de um lado querendo viver intensamente, com receio de morrer de forma súbita e por outro, tendo que limitar-se às novas regras sugeridas pelos profissionais da saúde que passam a acompanhá-lo, e por meio de programas de educação em saúde, lhes repassam as informações e sugestões de algumas limitações a serem adotadas. Estas variam muito de acordo com o estilo de vida que o paciente estava acostumado no período anterior ao IAM.

Neste sentido vale salientar a importância da orientação sobre a prevenção secundária ainda no período de internação, mesmo que qualquer ação eficaz para a mudança de atitude, somente poderá ocorrer se a pessoa estiver motivada e contar com suportes imprescindíveis de estrutura econômica e social³.

Assim como em um estudo transversal em Florianópolis¹², este estudo mostrou que o consumo saudável de alimentos que inclui frutas, verduras e legumes não estão adequados ao ideal e que menos de um quarto da população adulta entrevistada por telefone atingiu a recomendação de consumo adequado destes itens. Salienta-se que promover o aumento da ingestão destes itens na população é uma questão de saúde pública em vários países, uma vez que este hábito é benéfico na prevenção da obesidade e do excesso de peso, diabetes e, conseqüentemente, das DCV.

Deste problema podem surgir algumas considerações importantes, dentre elas, pode-se citar os agravos à saúde, uma vez que a obesidade, a inatividade física, a hipertensão arterial e o tabagismo são os principais fatores de risco para as DCV¹³.

A realização de atividade física superior a 30 minutos, seja no lazer, no trabalho ou no deslocamento corriqueiro diário, mostrou ser estatisticamente significativa na comparação entre os momentos, bem como a realização destas atividades por prescrição médica, sendo que a caminhada é a preferência dos infartados.

Algumas doenças como as cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer são menos propensas a se desenvolverem quando o indivíduo pratica regularmente atividade física. Esta prática produz diferentes benefícios proporcionados à saúde além de combater eficazmente o sedentarismo, e ainda, estimula a retomada de alguns hábitos de vida^{12,14,15}. Sendo assim, tornou-se um recurso a ser utilizado também na prevenção secundária e vêm ganhando relevância nas políticas públicas de promoção à saúde, principalmente quando há treinamento supervisionado¹⁶.

Sobre a prevalência de hipertensão, diabetes e dislipidemia, os resultados corroboraram com outro estudo¹⁷ que não apresentaram diferenças estatísticas antes e após o IAM.

Destaca-se que nesta investigação a adesão à prevenção secundária relacionada aos hábitos e atitudes foi positiva pela maior parte dos infartados, contradizendo outros apontamentos¹⁸⁻²⁰.

Identificou-se também, que após o IAM houve uma redução da utilização de sal na mesa, o que sugere que a indicação médica de redução na ingestão de sal está sendo cumprida, assim como em outro estudo¹⁹.

O hábito de fumar, diminuiu após o IAM, sendo estatisticamente significativo. Os mesmos resultados foram encontrados também em outros estudos e destaca-se similaridade com o trabalho publicado por Scherr⁵ que estudou a avaliação do impacto de diminuição dos FR após palestras educativas, onde o tabagismo era prevalente em 60% dos entrevistados

e, após ICP, 9% cessaram o hábito e 32% diminuíram. Da mesma forma, Vega e Martinez¹⁷ demonstraram que pacientes que fumavam no momento do IAM, após orientação sobre a cessação do fumo, pararam ou diminuíram a quantidade de cigarros por dia.

Foram relatados resultados semelhantes²¹ no que concerne à dificuldade encontrada para lidar com as potencialidades humanas, demonstrando a presença de estresse no cotidiano, porém sem diferença estatisticamente significativa. Ressalta-se também que analogamente ao município de São Paulo³, os pacientes viam-se com atitudes positivas perante a saúde e que o estresse não atrapalhava as atividades corriqueiras.

No que diz respeito a um novo IAM, os resultados demonstraram que os pacientes o temem, assim como em outros estudos^{6,21,22} e sendo assim, começam a pensar a vida em busca de caminhos para sobreviver; julgando racionalmente o cotidiano, passando a aceitar padrões de comportamento a serem adotados. E, entretanto, transitam para a vida cotidiana com a insegurança da “cura”, a imprevisibilidade do que pode acontecer, o temor do retorno da doença.

Referindo-se à adesão à prevenção secundária, ficou demonstrado que houve diferença estatística significativa nos momentos avaliados para diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia e obesidade após o IAM, diferentemente dos resultados obtidos por Vega e Martinez¹⁷ que apontaram que os pacientes portadores destas doenças seguiam um controle inadequado após o IAM.

Neste estudo não houve diferença significativa no que se refere à quantidade de relações sexuais por mês antes e depois do IAM, fato este que contradiz resultados de estudos de mesmo cunho²³ que indicam que os distúrbios sexuais após o IAM, causam redução da frequência das atividades entre 40% a 70% dos casos. Neste observou-se insatisfação sexual, com significância estatística, podendo inferir em piora da qualidade das atividades sexuais, corroborando com outro estudo²⁴ que indica impacto desfavorável para a variável satisfação sexual.

Demonstrou-se que, mesmo havendo mudanças positivas em relação aos hábitos e atitudes dos pacientes, a efetivação da prevenção secundária não se deu por completo. Assim também está exposto nacionalmente^{5,18,24,25}, que o controle dos FR associados às terapias medicamentosas geram um impacto favorável principalmente àqueles que já infartaram anteriormente, porém não se sabe ao certo o motivo pelos quais os programas de prevenção secundária e suas recomendações e estratégias de manejo em prática clínica ainda não se efetivam.

O que se demonstra é que o indivíduo usa de forma desregrada as informações repassadas nos programas preventivos, e muitas vezes este fato está ligado aos valores culturais que envolvem o ser humano^{6,12,14,15}.

A prevenção secundária para reabilitação cardíaca não consiste apenas em diminuir o peso, modificar a alimentação e praticar exercícios, mas também, envolve a participação de equipe multiprofissional que envolva o paciente em um programa de prevenção secundária capaz de reduzir todos os FR modificáveis para DCV.

Considerações finais

Verificou-se que após a orientação recebida houve mudanças de alguns hábitos e atitudes relacionados à alimentação, ingestão de sal, atividades físicas orientadas por profissionais, controle de hipertensão, níveis glicêmicos, lipídicos e cessação ao tabagismo. Ressalta-se a não modificação de alguns comportamentos e hábitos como utilização de açúcar, estresse cotidiano, quantidade mensal de relações sexuais, mesmo que o contentamento sexual atual tenha sido relatado como insatisfatório quando comparado ao período anterior ao IAM.

Neste estudo foi possível identificar que a maioria dos pacientes aderiu às recomendações do programa de prevenção secundária proposto no período que antecedia sua alta hospitalar, sugerindo que há uma preocupação elevada por parte dos pacientes em relação às mudanças de hábitos que diminuem FR potencialmente modificáveis.

Embora os resultados apresentados refiram-se a apenas dois municípios da mesma região, o presente estudo é importante pela contribuição aos dados nacionais, possibilitando a replicação do estudo a outras realidades. Destaca-se também a importância deste resultado como contribuição para a melhoria da atuação dos profissionais da saúde em relação à prevenção secundária, especialmente aqueles que lidam diretamente com o paciente durante a internação e fase aguda da doença.

Referências bibliográficas

1. Spinel LF, Puschel VAA. Perfil de estilo de vida de pessoas com doença cardiovascular. *Rev Gaucha Enferm.* 2007; 28(4):534-41.
2. Pinheiro RHO, Vieira MCU, Pereira EM, Barbosa MEM. Fatores de risco para infarto agudo do miocárdio em pacientes idosos cadastrados no programa Hiperdia. *Cogitare Enferm.* 2013; 18(1):78-83.
3. Borges, ES. Insuficiência Coronariana. Manual de Educação Continuada da Sociedade Brasileira de Cardiologia. SBC [Internet]. 2006 [cited 2009 mar]. Disponível em: http://educacao.cardiol.br/manualc/PDF/i_insuficiencia_coronariana_novo.pdf
4. Santos Filho EG; Abdo GL; Orel M; Gun C. Prevenção da reestenose pós-angioplastia coronária: mito ou realidade?. *Rev Med.* 2002; 81(1/4): 31-41.
5. Scherr C, Cunha AB, Magalhães CK, Abitibol RA, Barros M, Cordovil I. Intervenção nos hábitos de vida em instituição pública. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 94(6):730-37.
6. Mussi FC, Koizumi MS, Angelo M, Lima MS. Perda da espontaneidade da ação: o desconforto de homens que sofreram infarto agudo do miocárdio. *Rev Esc Enferm USP.* 2002;36(2):115-24.
7. World Health Organization. (WHO - Technical Repor Series) Geneva: 2002. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/en/>. Acesso em: 04 jun 2010.
8. Le May MR, So DY, Dionne R, et al. A citywide protocol for primary PCI in ST-segment elevation myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2008;358:231-40.
9. Avezum A, Carvalho ACC, Mansur AP, Timerman A, Guimarães AC, Bozza AEZ. et al . III Diretriz sobre tratamento do infarto agudo do miocárdio. *Arq Bras Cardiol.* 2004; 83(4):1-86.
10. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 dezembro de 2012. [Internet]. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em: 06 jun 2014.
11. Laurenti R, Buchalla, CM. Myths About Cardiovascular Diseases. *Arq Bras Cardiol.* 2001;76(2):105-10.
12. Campos VC, Bastos JL, Gauche H, Boing AF, Assis MAA. Fatores associados ao consumo adequado de frutas, legumes e verduras em adultos de Florianópolis. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(2):352-62.
13. Santos VEP, Cruz NM, Moura LA, Moura JG, Matos KKC. O estado nutricional e o comportamento alimentar de um grupo de mulheres na estratégia de saúde da família. *Rev Enferm UFSM.* 2012;2(2):394-400.
14. Zanchetta LM, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(3):387-99.
15. Formiga ASC, Dias, MR, Saldanha, AAW. Aspectos psicossociais da prevenção do infarto: construção e validação de um instrumento de medida. *Psico-USF.* 2005;10(1): 31-40.
16. Kalka D, Sobieszczanska M, Pilecki W, Adamus J. Complex cardiac rehabilitation in a strategy of secondary prevention of cardiovascular disease. *Pol Merkur Lekarski.* 2009; 27(157):30-35.
17. Vega G, Martinez S. Perfil del paciente con seguimiento y control inadecuados de los factores de riesgo cardiovascular después de presentar un infarto agudo de miocardio. *Aten Primária.* 2008;40(10):497-503
18. Oliveira KCS. Fatores de Risco em pacientes com infarto agudo do miocárdio em um hospital privado de Ribeirão Preto-SP [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.
19. Rosário TM, Scala LCN, França GVA, Pereira MR, Jardim PCBV. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em Nobres-MT. *Rev Bras Epidemiol.* 2009;12(2):248-57.
20. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364:937-52.
21. Santos FLMM, Araújo TL. Vivendo infarto: os significados da doença segundo a perspectiva do paciente. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2003;11(6): 742-48.
22. Oberg EB, Fitzpatrick AL, Lafferty WE, LoGerfo JP. Secondary prevention of myocardial infarction with nonpharmacologic strategies in a Medicaid cohort. *Prev Chronic Dis.* 2009;6(2):1-9.
23. Vacanti LJ, Caramelli B. Idade e distúrbios psicológicos: variáveis associadas à disfunção sexual no período pós-infarto. *Arq Bras Cardiol.* 2005;85(2):110-14.
24. Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza WKSB et al . Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88(4):452-57.

25. Sturmer G, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Menezes AMB, Gigante DP, Macedo S. O manejo não medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública. 2006; 22(8):1727-37.

Adriana Martins Gallo

Endereço para correspondência – Rua João XXIII, Praça Horace Wells, 600. Bairro Judith, CEP 86060-370, Londrina, PR, Brasil.

E-mail: adriana.gallo@ifpr.edu.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7025711277523434>

Ruy Laurenti – laurenti@usp.br

Enviado em 26 de março de 2014.

Publicado em 07 de julho de 2014.

Caracterização dos candidatos ao uso de próteses auditivas em um serviço de saúde auditiva regional do estado do Rio Grande do Sul

Dayane Domeneghini Didoné¹ Fernanda Freitas Vellozo² Michele Vargas Garcia³ Elenir Fedosse⁴

RESUMO

Introdução – o Sistema único de saúde(SUS) disponibiliza uma portaria de saúde auditiva voltada a concessão de próteses auditivas. Essa portaria visa a reabilitação de sujeitos nas diferentes faixas etárias em todos os tipos e graus de perda auditiva. Objetivo – Caracterizar os usuários do Setor de Próteses auditivas de um Centro de Especialidades e de Diagnóstico da região central do estado do Rio Grande do Sul. Metodologia – Trata-se de uma pesquisa quantitativa, retrospectiva e transversal . A população alvo desta pesquisa foi constituída por todos os candidatos ao uso de próteses auditivas no período de 2000 a 2010. Resultados – Predominou o grupo de adultos e idosos, com ensino fundamental incompleto, que recebem até dois salários mínimos. As profissões “aposentado” e “do lar” predominaram na amostra. Conclusão – As principais características dos indivíduos deste estudo foram: adultos e idosos, com ensino fundamental incompleto, aposentados ou do lar, que recebem até dois salários mínimos.

Descritores: Perda Auditiva; Sistema Único de Saúde; Aparelhos Auditivos.

Characterization of candidates for the use of hearing aids in a health service regional hearing the state of Rio Grande do Sul

ABSTRACT

Introduction – The National Health Care System (SUS) provides a concierge hearing care focused on providing hearing aids. This ordinance seeks rehabilitation of subjects in different age groups in all types and degrees of hearing loss. Objective – To characterize users Sector Hearing a Specialty Center and Diagnostics central region of Rio Grande do Sul. Material and Method – This is a quantitative, retrospective and documentary. The target population of this research consisted of all candidates for the use of hearing aids in the period 2000-2010. Results – The predominant group of adults and seniors with elementary school, receiving up to two minimum wages. The professions “retired” and “home” predominated in the sample. Conclusion – The main characteristics of the subjects in this study were adults and seniors with elementary school, retired or housewives, they receive up to two minimum wages.

Descriptors: Hearing loss; Unified Health System; Hearing Aids.

¹ Mestre em Distúrbios da comunicação humana pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

² Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

³ Doutora em Distúrbios da comunicação humana pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Doutora em Linguística pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil.

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, 10% da população mundial tem algum déficit auditivo. No Brasil, calcula-se que 15 milhões de homens e mulheres tenham algum tipo de perda auditiva (neurossensorial, condutiva ou mista) IBGE¹.

A perda neurossensorial origina-se na orelha interna ou ao longo das vias neurais; o dano geralmente ocorre na cóclea, sendo que suas células ciliadas são danificadas a ponto de não conseguirem transmitir os impulsos elétricos ao cérebro. Tais lesões são usualmente permanentes, levando ao déficit sensorial e à distorção dos sons. A perda auditiva condutiva é uma perda limitada a patologias de orelha externa e média. Já a perda auditiva mista se refere ao acontecimento simultâneo de lesões na orelha externa/média e da orelha interna².

A deficiência auditiva (DA) pode ser diagnosticada em diferentes faixas etárias. Para o diagnóstico precoce da DA foi instituída como lei em 2010 a triagem auditiva neonatal (TAN). Existem diferentes indicadores de risco para a deficiência auditiva infantil, segundo o *Joint Committee on Infant Hearing*³, tais como a permanência em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) por 48 horas ou mais, antecedente familiar de perda auditiva ou consanguinidade, infecções congênitas, ventilação mecânica prolongada e síndromes.

Nos adultos e idosos existem diversas etiologias para a perda de audição, entre elas a presbiacusia, a qual é definida como um declínio da função auditiva devido ao processo de envelhecimento, sendo associada com a deterioração de outros sistemas sensoriais. A deficiência auditiva pode ocorrer associada ao declínio cognitivo, demência, falta de destreza manual e acuidade visual⁴.

As consequências desses déficits auditivos podem ser amenizadas com o uso das próteses auditivas, as quais fornecem amplificação dos sons ambientais e sons da fala, minimizando os prejuízos da perda de audição e melhorando a qualidade de vida dos usuários. As próteses auditivas são recomendadas para pessoas com perdas auditivas neurossensoriais e também para as que apresentam déficits de condução que não podem ser submetidos a procedimentos cirúrgicos⁵.

Com o uso das próteses auditivas espera-se que o usuário melhore a capacidade de percepção dos sons e compreensão de fala, uma vez que a amplificação sonora proporcionada pelas mesmas reintroduz a estimulação de sons que o indivíduo não ouvia naturalmente⁶.

Em 2004, considerando as precárias condições de acesso da população brasileira aos procedimentos de saúde auditiva, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, por meio da Portaria nº 2.073 de 28 de setembro, que garante desde o diagnóstico da deficiência auditiva à protetização dos usuários, ou seja, indicação e adaptação de próteses auditivas, pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁷.

Segundo esta portaria, um Programa Nacional de Saúde Auditiva é importante pela necessidade de estabelecer normas de atuação em nível nacional na área da prevenção, diagnóstico e re/habilitação precoces da deficiência auditiva.

No Rio Grande do Sul, a instituição do programa de saúde auditiva aconteceu em 2006 em um município de médio porte, sendo que deste então foi estabelecida parceria com uma instituição de nível superior.

Esse estudo teve por objetivo caracterizar os candidatos ao uso de próteses auditivas de um Centro de Especialidades e de Diagnóstico de referência regional do Rio Grande do sul.

Metodologia

Esta pesquisa é de abordagem quantitativa, do tipo retrospectivo, documental e transversal, realizada a partir da consulta aos arquivos/prontuários dos candidatos ao uso de próteses auditivas do Programa de Saúde Auditiva.

Este estudo está vinculado ao projeto de pesquisa "Caracterização dos Usuários de um Serviço de Referência Municipal e Regional em Especialidades de Média Densidade Tecnológica" registrado no Comitê de Ética em Pesquisa de uma instituição pública sob os números 0091.0.243.000-11.

O estudo abrange o período de 2000 a 2010 sendo que a coleta de dados ocorreu entre maio e julho do ano de 2011, totalizando a pesquisa a 841 prontuários. A faixa etária dos indivíduos variou de 1 a 99 anos, sendo divididas e classificadas da seguinte forma: criança: zero a 12 anos, adolescentes: 13 a 21 anos, adultos: 22 a 64 anos e idosos a partir de 65 anos.

As variáveis analisadas nesse estudo dizem respeito à idade, sexo, escolaridade, profissão e renda per capita, por tratar-se de uma caracterização dos candidatos do programa.

Foram incluídos na amostra todos os candidatos à protetização que tiveram indicação de próteses auditivas no dado período. Nenhum sujeito foi excluído da amostra.

Após o levantamento dos dados os resultados foram dispostos em planilhas, utilizando o programa Microsoft Excel e a análise utilizada foi com o teste Qui-quadrado.

Resultados

Foi observada que a quantidade de homens que aguardavam próteses auditivas por concessão do programa de saúde auditiva foi maior do que a quantidade de mulheres, porém não houve diferença estatisticamente significativa.

Em relação à faixa etária, os grupos de idosos e adultos mostraram-se estatisticamente elevados quando comparados com a faixa etária de adolescentes e crianças.

Sobre a escolaridade, predominou o grupo de indivíduos com ensino fundamental incompleto.

As profissões “aposentado” e “do lar” foram as que predominaram na amostra, sendo essa diferença estatisticamente significativa quando comparadas com outras profissões.

Quanto ao salário, o rendimento de até 2 salários mínimos predominou de forma estatisticamente significativa na amostra.

Tabela 1 – Distribuição absoluta e relativa para o sexo, faixa etária, escolaridade, profissão e renda; e nível mínimo de significância para o teste Qui-quadrado de homogeneidade para comparação de proporções.

Variáveis	Total amostra (n=841)		
	n	%*	p§
Sexo			
Feminino	402	47,8	0,202
Masculino	439	52,2	
Faixa etária			
Criança	48	5,7	<0,001
Adolescente	38	4,5	
Adulto	213	25,5	
Idoso	537	64,2	
Escolaridade			
Fundamental incompleto	456	62,7	<0,001
Fundamental completo	106	14,6	
Médio incompleto	16	2,2	
Médio completo	88	12,1	
Ensino superior	27	3,7	
Analfabeto	18	2,5	
Alfabetizado	16	2,2	
Profissão			
Outros	153	20,0	<0,001
Agricultor	31	4,1	
Aposentado	300	39,3	
Do lar	160	20,9	
Estudante	70	9,2	
Motorista	20	2,6	
Servente de Obras	30	3,9	
Renda			
Até 2 salários	790	97,9	<0,001
Até 4 salários (Mais de 2 a 4)	13	1,6	
Até 6 salários (Mais de 4 a 6)	4	0,5	

§: Qui quadrado de homogeneidade

Discussão

A perda auditiva afeta milhões de brasileiros, desde crianças até idosos, e programas de saúde pública que visam o diagnóstico e reabilitação desses indivíduos são fundamentais para proporcionar desenvolvimento de habilidades linguísticas, cognitivas e sociais, assim como evitar o declínio dessas funções.

O programa de saúde auditiva da presente pesquisa atende candidatos residentes na cidade sede do programa e de outros 30 municípios que compõe a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul.

Nesse estudo, a quantidade de indivíduos idosos (64,2%) que procuraram atendimento para reabilitação da deficiência auditiva foi maior quando comparada E com outras faixas etárias. Esses dados concordam parcialmente com outro estudo⁸, onde a porcentagem de indivíduos idosos protetizados foi de 45%. Nos Estados Unidos⁹ cerca de 30% das pessoas com mais de 65 anos, e 50% das pessoas com mais de 75 anos apresentam perda auditiva.

O constante crescimento da população idosa com presbiacusia justifica a elevada procura por serviços de reabilitação auditiva. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)¹, no ano de 2000 a população geral do Brasil era de 171.279.882 habitantes, sendo 13.915.357(8,1%) de idosos. Para o ano de 2020, a estimativa da população geral é de 219.077.729, sendo a de idosos 28.321.801 (12,9%). Nesse estudo também foi verificado um grande número de idosos, constatando essa procura pelos serviços de reabilitação auditiva.

Estudos brasileiros¹⁰ apontam para uma porcentagem de 63,93% de idosos com perda auditiva em uma população de 43.610 habitantes. Se comparada essa proporção com a de recém-nascidos que apresentam perda auditiva (cerca de 3 crianças em cada 1000 triadas¹¹), percebe-se que a porcentagem de perda auditiva em idosos é maior, o que vai ao encontro dos resultados desse estudo.

Ressalta-se que, referente à profissão, prevaleceu o grupo de aposentados. Esse resultado é justificado pelo fato da maioria dos candidatos ao uso de próteses auditivas ser idosos, sendo que é direito constitucional no Brasil que os trabalhadores urbanos do sexo masculino se aposentem a partir dos 65 anos, do sexo feminino a partir dos 60 anos de idade, e os trabalhadores rurais com cinco anos a menos¹².

Nesta pesquisa houve predominância do sexo masculino, embora sem diferença estatisticamente significativa. A maioria dos indivíduos era idosa e acredita-se que essa variável pode estar relacionada aos achados deste estudo, o que foi de encontro à literatura da área. Os estudos atuais com a população idosa indicam predominância do sexo feminino^{13,14}, considerando que a partir de 65 anos a presbiacusia é mais prevalente em mulheres e até os 65 anos em homens. Nesta amostra a população idosa predominante foi a de mais de 65 anos, o que discorda dos estudos apresentados, já que a predominância de sexo foi masculino. P6, p7. Essa discordância pode ser em decorrência da distribuição dos indivíduos por faixa etária, sendo a predominante a de idosos com mais de 65 anos.

Apesar da maior prevalência da perda auditiva em homens ressalta-se a necessidade de investimentos voltados à prevenção em toda a população idosa sem distinção de sexo, já que, além da presbiacusia, outros fatores podem potencializar a perda auditiva, como alterações metabólicas e vasculares, exposição ao ruído, medicamentos, alterações nutricionais e estresse, os quais podem ser minimizados por meio de medidas preventivas.

Em relação à escolaridade, o ensino fundamental incompleto foi o que predominou entre os indivíduos, associada à prevalência da população idosa, a qual predominou nesse estudo. Estudos sobre as condições de ensino de idosos no Brasil¹⁵ também referem baixa escolaridade nessa população, sendo que grande parte desses indivíduos não concluem o ensino fundamental. Em se tratando de saúde, o nível educacional interfere diretamente na capacidade de entendimento de tratamentos prescritos e na prática do autocuidado, o que no caso de perdas auditivas, pode refletir no entendimento, uso e cuidados com as próteses auditivas¹⁶.

Quanto a renda per capita, a maioria dos sujeitos apresentou renda de até dois salários mínimos, corroborando os achados de outro estudo¹⁷, no qual prevaleceu, na amostra estudada, idosos com renda de um a três salários mínimos. Esses dados podem ser explicados pelo baixo nível de escolaridade em ambos os estudos, o que potencializa os riscos maiores de adoecimento dessas populações, já que o acesso ao tratamento e a prática do cuidado podem estar comprometidas nestes casos.

A partir da caracterização dos candidatos ao uso de próteses auditivas E26 é possível conhecer as diferentes realidades regionais, a fim de proporcionar um melhor atendimento a essa população, desde a prevenção até a reabilitação auditiva.

Conclusão

A caracterização dos candidatos ao uso de próteses auditivas de um Centro de Especialidades e de Diagnóstico de referência regional do Rio Grande do sul demonstrou que à espera para concessão de próteses auditivas tem-se mais idosos, homens, aposentados, com ensino fundamental incompleto, que ganham até dois salários mínimos.

Referências bibliográficas

1. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2000.
2. Bevilacqua MC, Martinez MAN, Balen SA, Pupo AC, Reis ACM, Frota S. Tratado de Audiologia. São Paulo: Santos, 2011.
3. Joint Committee on Infant Hearing (JCIH). Year 2007 Position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention mprograms. Pediatrics. 2007;120(4):898-921.
4. Kiessling J, Pichora-Fuller MK, Gatehouse S, Stephens D, Arlinger S, Chisolm T, et al. Candidature for and delivery of audiological services: special needs of older people. Int J Audiol. 2003;42 (2):92-101.
5. Gasparin M, Menegotto IH, Cunha CS. Psychometric properties of the international outcome inventory for hearing aids. Braz J Otorhinolaryngol. 2010;76(1):85-90.
6. Santos SN, Petry T, Costa MJ. Índice percentual de reconhecimento de sentenças no silêncio e no ruído: efeitos da aclimatização no indivíduo avaliado sem as próteses auditivas. Rev. CEFAC. 2010; 12(5):733-740.
7. OMS – Organização Mundial da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, 2004.
8. Viera AF, Menegotto IH, Teixeira AR, Millão LF. Presença de deficiência auditiva e hipertensão em adultos e idosos. RBCEH. 2009; 6(2):245-253.
9. Neves VT, Feitosa MAG. Envelhecimento do processamento temporal auditivo. Psic.: Teor. e Pesq. 2002;18(3):275-82.
10. Meneses C, Mário MP, Marchori LMM, Melo JJ, Freitas ERF. Prevalência de perda auditiva e fatores associados na população idosa de Londrina, Paraná: Estudo Preliminar. CEFAC. 2010; 12(3).
11. Grupo de Apoio a Triagem Auditiva Neonatal Universal (GATANU).
12. BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.
13. Cruz MS, Lima MCP, Santos LF, Duarte YAO, Lebrão ML, Ramos - Cerqueira ATA. Deficiência auditiva referida por idosos no Município de São Paulo, Brasil: prevalência fatores associados (Estudo SABE, 2006). Cad. Saúde Pública. 2012; 28(8):1479-1492.
14. Mattos LC, Veras RP. A prevalência da perda auditiva em uma população de idosos da cidade do Rio de Janeiro: um estudo seccional. Rev Bras Otorrinolaringol. 2007; 73(5):654:59.
15. Anderson MIP. Saúde e Condições de vida do idoso no Brasil. Textos Envelhecimento. 1998; 1(1).
16. Meireles VC, Matsuda, LM, Coimbra JAH, Mathias TAF. Características dos idosos em área de abrangência do programa saúde da família na região Noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. Saúde e Sociedade. 2007; 16(1): 69-80.
17. Paiva KM, Cesar CLG, Alves MCGP, Barros MBA, Caradina L, Goldbaum M. Envelhecimento e deficiência auditiva referida: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública. 2011; 27(7):1292-1300.

Dayane Domeneghini Didoné

Endereço para correspondência – Av. Roraima, nº 1000, Hospital Universitário de Santa Maria – setor de Fonoaudiologia. Bairro Camobi, CEP 97105-900, Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: dayanedidone@yahoo.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3125014661196452>

Fernanda Freitas Vellozo – fevellozo@yahoo.com.br

Michele Vargas Garcia – michelemvg@outlook.com

Elenir Fedosse – efedosse@gmail.com

Enviado em 26 de março de 2014.

Publicado em 07 de julho de 2014.

Qualidade de vida de residentes em condomínio exclusivo para idosos

Juliana Lima¹ Elen Ferraz Teston² Sonia Silva Marcon³

RESUMO

Objetivo: comparar a qualidade de vida de idosos que residem sozinhos com a de idosos que moram com companheiro. Método: Estudo quantitativo, realizado junto à totalidade de idosos (50) residentes no Condomínio do Idoso de Maringá-PR, os quais foram divididos em dois grupos, sendo o grupo 1 constituído por idosos que moram só (28) e o grupo dois por 11 casais, totalizando 22 idosos. Os dados foram coletados entre novembro de 2011 e fevereiro de 2012, com aplicação dos instrumentos WHOQOL-OLD e o WHOQOL-BREF. Resultados: A percepção de qualidade de vida é relativamente alta nos dois grupos. Os escores relacionados ao domínio psicológico e faceta intimidade foram significativamente maior entre os idosos que residem com companheiro (p: 0,001; p: 0,002, respectivamente). Conclusão: Os profissionais de saúde devem identificar as necessidades dos idosos que moram só relacionadas a estas variáveis com vistas à melhora da qualidade de vida.

Descritores: Idoso; Qualidade de vida; Família.

Quality of life among older people who live alone and accompanied: comparative study

ABSTRACT

Objective: To compare the quality of life of elderly people who live alone with the elderly who live with a partner. Method: Quantitative study, conducted by the total number of elderly (50) Condo residents in the Elderly Maringá-PR, which were divided into two groups, group 1 consists of elderly people who live alone (28) and two per group 11 couples, totaling 22 seniors. Data were collected between November 2011 and February 2012, with implementation of the WHOQOL-OLD and WHOQOL-BREF. Results: The perception of quality of life is relatively high in both groups. The scores related to psychological intimacy and facet area were significantly higher among the elderly living with a partner (p: 0.001, p: 0.002, respectively). Conclusion: Health professionals should identify the needs of older people living alone related to these variables in order to improve the quality of life.

Descriptors: Aged; Quality of Life; Family.

¹ Especialização em andamento em Gestão em Saúde na Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, PR, Brasil.

² Doutoranda em Enfermagem na Universidade Federal de Maringá (UEM), Maringá, PR, Brasil.

³ Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

Introdução

Há cerca de quatro décadas constata-se o aumento mundial da população idosa. O Brasil é um exemplo típico dessa afirmativa, pois o crescimento do envelhecimento populacional é exponencial e a projeção para o ano de 2025 mostra que o número de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos será de 32 milhões. As regiões Sul e Sudeste do País tem a maior proporção de indivíduos com 60 anos ou mais, com índices de 12,7% e 12,3%, respectivamente¹.

Diante desse aumento, as redes de suporte e apoio a esta faixa etária precisam ser estruturadas, seja no âmbito social, econômico ou político. Uma forma de organização são os atuais condomínios para idosos, nova modalidade habitacional para idosos de baixa renda, que se constituem em uma estratégia de garantia do direito à moradia àqueles que vivem em condições precárias. Esses condomínios, além de possibilitarem o direito de uma habitação digna, também prezam pela manutenção da qualidade de vida (QV) de seus habitantes².

Qualidade de vida refere-se à "percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Trata-se de um conceito amplo e complexo que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio ambiente³.

Outro fenômeno observado é o crescimento do número de domicílios unipessoais formados por idosos. Deste modo, conhecer o universo dos idosos que moram sozinhos torna-se uma questão importante, visto que a família exerce papel considerável no bem-estar e QV dos idosos⁴.

Salienta-se que nessa etapa da vida os indivíduos geralmente ficam mais susceptíveis à necessidades de suporte funcional, financeiro e também emocional⁵. Destarte, idosos que vivem com outras pessoas, parentes ou não, podem ser melhor amparados em situações adversas. Em contrapartida, idosos que moram sozinhos são considerados mais vulneráveis e desprovidos de apoio diante das dificuldades. Ressalta-se ainda que, com o aumento na expectativa de vida, cresce a probabilidade de os indivíduos idosos necessitarem de assistência e apoio financeiro da família para continuar desenvolvendo suas atividades, o que demanda tempo e alocação de recursos⁴. Diante disso, surgem alguns questionamentos sobre a influencia da co-residência sobre a QV dos indivíduos idosos.

Ao se constatar, na literatura científica, a escassez de pesquisas que retratem a QV de pessoas que residem nesse tipo de moradia específica para o idoso e, considerando ainda a existência de diferenças nos tipos de arranjos domiciliares pergunta-se: Idosos residentes nessa nova modalidade de habitação que residem com companheiro apresentam diferença na percepção da QV em relação àqueles que residem sozinhos? Em quais aspectos? Sob essa ótica, a presente investigação pretendeu ampliar o conhecimento sobre essa temática e favorecer a proposição de ações aos residentes nesses condomínios, a fim de promover melhorias na atenção que lhes é dispensada no âmbito da saúde coletiva e na QV. Diante do exposto definiu-se como objetivo deste estudo comparar a QV de idosos que residem sozinhos com a de idosos que moram com companheiro.

Metodologia

Estudo transversal de abordagem quantitativa, desenvolvido junto a idosos residentes no Condomínio do Idoso do município de Maringá-PR.

Participaram do estudo os 50 idosos residentes no condomínio, sendo eles divididos em grupo 1 (G1) composto por 28 idosos que moram só e grupo 2 (G2) por 11 casais, totalizando 22 idosos neste grupo.

O único critério para a inclusão no estudo foi obter pontuação mínima de 13 pontos no Miniexame do Estado Mental (MEEM), instrumento de medida do funcionamento cognitivo geral de rastreio e não diagnóstico.

Os dados foram coletados nos domicílios dos idosos no período de novembro de 2011 a fevereiro de 2012, por meio de entrevista semiestruturada individual abordando características sociodemográficas e aplicação dos instrumentos WHOQOL-BREF e o WHOQOL-OLD.

O WHOQOL-BREF é um instrumento de avaliação da QV proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), já validado no Brasil, constituído de 26 questões, sendo duas referentes a QV geral e as demais contemplam os domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As respostas a cada questão são apresentadas em uma escala do tipo likert de cinco pontos com escores totais variando entre 38 a 118 pontos. Vale lembrar que na avaliação dos

resultados as questões 03, 04 e 26 devem ser interpretadas de forma inversa. Esse processo é necessário para não haver problemas na interpretação dos escores, pois o instrumento avalia QV e suas variáveis de maneira positiva e crescente⁶.

O WHOQOL-OLD por sua vez é constituído de 24 pontos e as facetas avaliadas por ele são: funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras; participação social; morte e morrer e intimidade. As respostas a cada questão também são apresentadas em uma escala do tipo likert variando de 1 a 5, sendo sete questões com interpretação negativa: 1, 2, 6, 7, 8, 9, e 10⁷. Os escores totais variam entre 52 e 102.

Ambos os instrumentos não preconizam ponto de corte para classificar a QV, como ótima, boa, ou ruim, sendo definido apenas que quanto mais alto o escore de QV melhor a percepção desta.

Os instrumentos de QV são autoaplicáveis, porém, em razão da possível dificuldade de leitura, problemas visuais e analfabetismo entre os idosos, optou-se por realizar entrevista direta com todos os participantes, os quais foram orientados a responder as perguntas do questionário tomando como base as duas semanas anteriores à data da realização da coleta dos dados, conforme orientação de uso dos dois instrumentos.

Para análise dos resultados, os dados foram digitados em planilha eletrônica do programa EXCEL e submetidos à análise descritiva por meio da frequência simples. Cada domínio do WHOQOL-BREF e cada faceta do WHOQOL-OLD foram isoladamente consolidados no Software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) com as respectivas sintaxes e analisados. Como os dados não seguem distribuição normal utilizou-se a mediana para representar os dados, e estatística não-paramétrica para comparar a QV entre os dois grupos por meio do teste Mann Whitney. Para todas as análises foi considerado o intervalo de confiança de 95 % e o nível de significância de 5%. Dessa forma, apresentaram-se os percentis 2,5% e 97,5% para apresentar os limites inferior e superior da distribuição dos dados considerando a confiança de 95%.

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o preconizado pela resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que disciplina pesquisa com seres humanos. O projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá, (parecer nº 709/2011). Todos os participantes foram devidamente orientados sobre o propósito do estudo e atestaram sua anuência em participar do mesmo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias.

Resultados

Dos 50 idosos em estudo, a maioria era do sexo feminino (62%), tinha idade entre 60 a 79 anos (86%), renda mínima de um salário mínimo (90%) e baixa escolaridade, sendo 30% deles analfabetos e 36% com no máximo quatro anos de estudo. A totalidade dos idosos referiu seguir uma religião, em especial a católica (68%).

A percepção de QV a partir dos dois instrumentos utilizados é relativamente alta nos dois grupos, visto que nenhum dos domínios ou faceta teve mediana inferior a 60 pontos.

Em relação à avaliação da QV mensurada pelo WHOQOL-BREF, o domínio que apresentou maior escore para os idosos do G1 foi o psicológico sendo o limite inferior e superior da distribuição dos dados referentes a este domínio 58.33 e 87.50, respectivamente. Já para os idosos do G2 o maior escore foi o das relações sociais, sendo 41.67 e 91.67 os limites inferior e superior, respectivamente. Cabe salientar que os escores para o domínio físico foi igual nos dois grupos e para os outros três domínios eles foram maiores para os idosos com companheiro. Esta diferença, no entanto foi significativa somente em relação ao domínio psicológico.

A QV avaliada pelo WHOQOL-OLD evidenciou maior escore, para os dois grupos, nas facetas: funcionamento dos sentidos, participação social e morte e morrer. Verificou-se ainda, que o escore de QV referente ao domínio psicológico (Med: 72.91; p: 0,001) e faceta intimidade (Med: 68.75; p:0,002) é significativamente maior entre os idosos do G2 em relação aos idosos do G1, conforme Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos escores de QV dos residentes no Condomínio do idoso WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, Maringá-Paraná, 2012.

Variáveis	Idosos que residem sozinhos (28)			Idosos que residem com companheiro (22)			p
	Med*	Perc** 2,5	Perc 97,5	Med	Perc 2,5	Perc 97,5	
WHOQOL-BREF							
Físico	60.71	51.70	80.36	60.71	32.14	85.71	0,288
Psicológico	70.83	58.33	87.50	72.91	50.00	91.25	0,001
Relações Sociais	66.67	58.33	91.67	75.00	41.67	91.67	0,133
Meio Ambiente	65.83	60.94	75.69	68.75	50.00	87.34	0,553
WHOQOL-OLD							
Funcionamento dos sentidos	93.75	70.31	97.30	87.50	81.25	99.37	0,184
Autonomia	62.50	56.25	93.44	62.50	56.25	92.50	0,327
Atividades passadas, presentes e futuras	62.50	56.25	87.19	75.00	62.50	93.12	0,234
Participação social	75.00	68.75	93.50	75.00	62.50	97.30	0,331
Morte e morrer	75.00	68.75	87.19	75.00	68.75	93.12	0,553
Intimidade	56.25	37.50	99.69	68.75	43.75	98.75	0,002

*Mediana; ** Percentil;

Teste Mann-Whitney

Discussão

Os resultados apontam que entre os idosos há uma superioridade no percentual de mulheres, sendo que há 3,9 milhões de mulheres a mais que homens no Brasil⁸, fato que pode ser justificado pelo aumento da expectativa de vida feminina nas últimas décadas.

No presente estudo observa-se o predomínio de idosos com até 79 anos (86%), o que pode estar relacionado com alguns critérios de moradia no condomínio, como por exemplo, a independência funcional. Entretanto, o maior número de indivíduos idosos nessa faixa etária é uma característica do processo de envelhecimento brasileiro, diferente do que vem ocorrendo nos países desenvolvidos, onde a concentração é maior no grupo de 80 anos ou mais⁹.

Para os idosos de baixa renda, como é o caso no presente estudo, a existência do apoio social é fundamental para aumentar a capacidade de sobrevivência em situações adversas e melhoria na QV¹⁰.

A baixa escolaridade também foi evidenciada em estudo cujo objetivo foi comparar a QV de idosos de uma comunidade de Porto Alegre, RS, com a de idosos institucionalizados no interior de Minas Gerais¹¹. Deve-se considerar ainda o fato de que estes idosos nasceram e cresceram em um período em que a dificuldade de acesso à educação era muito grande. Esses resultados ainda são reflexos dos baixos níveis educacionais vigentes no Brasil até recentemente¹².

A adesão da totalidade dos entrevistados à prática religiosa constitui fator importante para manutenção da QV, haja vista que a aproximação a práticas religiosas durante a velhice é fonte importante de suporte emocional, com repercussões nas áreas da saúde física e mental¹³. Acredita-se que a religiosidade na terceira idade age como instrumento facilitador no processo de adaptação as perdas, mudanças físicas e diante das doenças, desempenhando um papel relevante na recuperação e manutenção da saúde e QV¹⁴.

Observou-se que no domínio psicológico, o qual inclui fatores como auto-estima, capacidade de pensamento, imagem corporal, espiritualidade e crenças pessoais, um maior escore de QV esteve significativamente associado a idosos que moram com companheiro. Esse resultado está em concordância com os achados evidenciados em um outro estudo, no qual idosos que viviam com companheiro relataram melhor QV¹⁵. Isto pode ser justificado pelo fato de que o idoso que mora só está mais propenso ao desenvolvimento do sentimento de solidão, insatisfação pessoal e isolamento social, quando comparados com os idosos que moram com companheiro, além do que a presença da família constitui importante fonte de ajuda em todos os momentos da vida, o que é essencial ao bem estar¹⁶.

Na faceta intimidade, em que se avalia a capacidade de desenvolver relacionamentos pessoais e íntimos, verificou-se maior escore de QV significativamente associado também a idosos que moram com companheiro. Considera-se que esta condição facilita a construção de laços afetivos aumentando a probabilidade de expressar sentimentos de companheirismo e amor pela vida. Este resultado corrobora o resultado de estudo realizado junto a idosos do município

de Foz do Iguaçu, o qual apontou que os idosos que moram com até duas pessoas demonstraram maior percepção de QV referente a esta faceta¹⁶.

Apesar de não ter sido verificado diferença estatisticamente significativa entre as outras variáveis e o escore de QV, alguns aspectos são relevantes como os escores médios de QV elevados para ambos os grupos no domínio relações sociais e facetas, participação social, morte e morrer e funcionamento dos sentidos.

O convívio social é fundamental para que a pessoa viva melhor em qualquer fase da vida, o que tem sido associado ao aumento do senso de bem-estar e à melhora no funcionamento físico¹⁷. Portanto, há necessidade de criação de programas de incentivo à participação dos idosos em atividades comunitárias que lhes permitam cada vez mais o desenvolvimento de novas habilidades e a manutenção e o estímulo ao convívio social.

Os resultados satisfatórios da QV referente à relação e participação social, podem estar relacionados ao fato dos idosos viverem em um ambiente onde as relações com vizinhos são estimuladas à medida que várias atividades são realizadas em grupo semanalmente, promovidas pela Secretaria de assistência social do município, conforme relato dos entrevistados. Ademais, viver em um condomínio específico para idosos tem sido associado à maior possibilidade de interação social e bem-estar em termos de redução da solidão e ansiedade¹⁸. Isto permite inferir que os condomínios favorecem o estabelecimento de uma rede social de convivência — estratégia facilitadora da manutenção da QV.

A média dos escores encontrados em ambos os grupos, em relação às inquietações e temores sobre a morte e morrer foi satisfatória. Isto indica que os idosos não possuem uma visão negativa sobre o processo da morte ou estão, de certa forma, preparados para morrer, e isto reflete em sua QV. Este dado é semelhante ao encontrado em um estudo que associou esses resultados a questões de espiritualidade, pois os idosos, em geral creem que a morte é certa para todos, e que não se deve temê-la e sim aceitá-la¹⁹.

A variável funcionamento dos sentidos apresentou escore médio elevado para os idosos dos dois grupos, o que pode estar associado a um dos quesitos necessários para morar no condomínio — a independência para as atividades da vida diária. Em um estudo internacional²⁰, foi investigado a percepção dos moradores sobre a missão dos condomínios, identificando-se que, para eles, um dos objetivos é a manutenção da sua autonomia.

Diante disso, destaca-se a importância de se identificar os fatores que possivelmente podem interferir no bem-estar e QV dos idosos, objetivando criar ações que busquem atender as necessidades dessa população, por meio da promoção da saúde e também da manutenção de sua QV.

Neste sentido, é importante poder contar com alguém que se disponha a escutar, dialogar e, muitas vezes, ajudar a compreender, solucionar ou mesmo aceitar os acontecimentos diários. Em se tratando de indivíduos que estão vivenciando a velhice, estágio de vida em que há redução da rede social advindo da saída dos filhos de casa, aposentadoria ou viuvez, a necessidade de socializar os fatos corriqueiros da vida incentivam a busca por relações de amizade reciprocamente satisfatórias. A interação social vivenciada pelos idosos colabora para o exercício de sua cidadania e, também, para que o indivíduo se sinta valorizado e inserido no meio social.

Considerações finais

Os resultados do estudo mostram que os idosos que moram com companheiro apresentam melhores escores de QV quando comparados com idosos que residem só, em relação ao domínio psicológico e faceta intimidade. Neste sentido, os profissionais de saúde devem identificar as necessidades dos idosos que moram só relacionadas a estas variáveis com vistas ao planejamento de ações que contribuam com a promoção e melhora da QV.

Evidenciou-se também, escores satisfatórios para os dois grupos, referentes às relações e participações sociais, funcionamento dos sentidos e morte e morrer, o que pode estar relacionado à oferta de atividades e promoção do convívio social que esta modalidade de habitação oferece.

Portanto, considerando que a avaliação do indivíduo com relação à QV pode variar de acordo com a constituição do domicílio, ambiente de moradia, tempo e com as prioridades ao longo da vida, sugere-se reflexão das equipes de saúde com relação às ações desenvolvidas até o momento para a promoção da QV.

Referências bibliográficas

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sobre a condição de saúde dos idosos: indicadores selecionados. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Brasília, DF, 2009. [acesso em: 17 set. 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf
2. Deus SAI. Um modelo de moradia para idosos: o caso da Vila dos Idosos do Pari São Paulo. Caderno Temático Kairós Gerontologia. 2010; 195-213.
3. Campo MO, Rodrigues Neto JFR. Qualidade de vida, um instrumento para promoção da saúde. Ver. Baiana Saúde Pública. 2008 ago; 32(2): 232-40.
4. Camargos MCS. Enfim só: um olhar sobre o universo de pessoas idosas que moram sozinhas no município de Belo Horizonte (MG) [tese]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2008. 126 p.
5. Camargos MCS, Rodrigues RN, Machado CJ. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. Rev. Bras. Estud. Popul. 2011; 28(1): 217-30.
6. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref. Rev Saúde Pública. 2000; 34(2): 706-16.
7. Fleck MPA, Chachamovich E, Trentini C. Development and validation of the Portuguese version of the WHOQOL-OLD module. Rev. Saúde Pública. 2006; 40(5):785-91.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010: população do Brasil é de 190.732.694 pessoas. [acesso em 13 de agosto de 2012] Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1766
9. Sousa AI, Silver LD. Perfil sociodemográfico e estado de saúde autoreferido entre idosas de uma localidade de baixa renda. Esc Anna Nery. 2008; 12(4): 706-16.
10. Sousa AI, Silver LD, Griep RH. Apoio social entre idosas de uma localidade de baixa renda no município do Rio de Janeiro. Acta Paul. Enferm. 2010; 23(5): 625-31.
11. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. Rev. Latino Am. Enfermagem [Internet]. Jan/fev. 2013 [acesso em 13 de agosto de 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_02.pdf
12. Diniz MA, Tavares DMS, Rodrigues LR. Características sociodemográficas e de saúde entre idosos com hipertensão arterial. Cienc. Cuid. Saúde. 2009. 8(4):607-14.
13. Floriano PJ, Dalgalarondo P. Saúde mental, Qualidade de Vida e religião dos Idosos de um Programa de Saúde da Família. J. Bras Psiquiatr. 2007; 56(3). [acesso em 13 agosto de 2012]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000300002
14. Dias DSG, Carvalho CS, Araújo CV. Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2013; 16(1): 127-38.
16. Falcade BL, Leite MT, Hildebrandt LM, et al. Octogenários em residências unipessoais: enfoque sobre a qualidade de vida e condições de saúde. Rev. Enferm. UFSM 2011;1(3):386-93.
17. Faller JW, Melo WA, Versa GLGS, Marcon SS. Qualidade de vida de idosos cadastrados na estratégia saúde da família de Foz do Iguaçu-PR. Esc. Anna Nery. 2010; 14(4): 803-10.
18. Inouye K, Pedrazzani E. Intruction, social economic status and evaluation of some dimensions of octogenarians' quality of life. Rev Latino Am. Enf. 2007; 15 (spe): 742-47.
19. Litwin H, Shiovitz-Ezra. Social network type and subjective well-being in a national Sample of older Americans. Gerontologist. 2011; 51(3): 379-88.
20. Torres GV, Reis LA, Fernandes MH. Qualidade de vida e fatores associados em idosos dependentes em uma cidade do interior do Nordeste. J Bras Psiquiatr. 2009; 58(1): 39-44.
21. Scharlach A, Graham C, Lehning A. The "Village" Model: A Consumer-Driven Approach for Aging in Place. Gerontologist. 2011;52(esp):418-27.

Juliana Cristina de Lima

Endereço para correspondência – Rua Dom Pedro II. Bairro Centro, CEP 87270-000, Maringá, PR, Brasil.

E-mail: julianalima1500@hotmail.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9405299352013804>

Elen Ferraz Teston – elen-1208@hotmail.com

Sonia Silva Marcon – soniasilva.marcon@gmail.com

Recebido em 19 de junho de 2013.

Publicado em 12 de setembro de 2014.

Uso de anfetamínicos e de anorexígenos por estudantes no município de Santo Ângelo – RS

Kelli Luísa Konflanz¹ Juliane Monks Silva² Berenice Goulart Dallagnol³

RESUMO

Pesquisa realizada no município de Santo Ângelo (RS), que teve com objetivo analisar o uso de anfetamínicos e anorexígenos por estudantes do 3º ano do ensino médio, através de um questionário de autopreenchimento. Tendo em vista que Porto Alegre e Goiânia demonstraram índices entre 4,5% e 5,8% de adolescentes que já consumiram tais medicamentos, entende-se que é importante conhecer o perfil dos usuários. No Brasil foi criada a RDC 52 de 2011, que veta alguns destes fármacos, em virtude do seu potencial de dependência. Esta pesquisa foi realizada com 120 alunos de duas escolas. A média de idade foi 17 anos e 52,4% eram do sexo feminino. A prevalência de uso dos medicamentos foi de 2,5%. Alunas, com idade entre 16 e 18 anos, relataram já ter feito uso de sibutramina e femproporex para fins estéticos, e um aluno respondeu que fez uso de metilfenidato em decorrência de ser portador de déficit de atenção. Assim, não encontrou-se alto consumo destes medicamentos, mas considerando que não foram incluídos todos os estudantes do município, conclui-se que outras pesquisas são necessárias para confirmação destes dados e para monitorar o uso destes medicamentos.

Descritores: Medicamentos; Anfetamínicos; Anorexígenos; Estudantes.

Use of anorectic amphetamine and by students in Santo Ângelo – RS

ABSTRACT

Research conducted in Santo Angelo (RS), that aimed to analyze the use of amphetamines and anorexicogenic by students of the 3rd year of high school, through a self-administered questionnaire. Given that Porto Alegre and Goiânia demonstrated indices between 4.5% and 5.8% of teenagers have consumed these drugs, it is understood that it is important to know the profile of the users. In Brazil, DRC 52, 2011, which forbids some of these drugs, because of their addictive potential was created. This research was conducted with 120 students from two schools. The mean age was 17 years and 52.4% were female. The prevalence of use of medications was 2.5%. Students, aged between 16 and 18 years reported having made use of sibutramine and femproporex for aesthetic purposes, and a student replied that made use of methylphenidate due to be patient with attention deficit disorder. So not met high intake of these medicines, but considering they were not included all students in the municipality, it is concluded that further research is needed to confirm these data and to monitor the use of these drugs.

Descriptors: Drugs; Amphetamines; Anorectic; Students.

¹ Mestranda em Ciências Farmacêuticas na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

² Doutoranda em Epidemiologia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Especialista em Saúde Pública pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI), Ijuí, RS, Brasil.

Introdução

Anfetaminas e anorexígenos são estimulantes do sistema nervoso central (SNC), capazes de gerar quadros de euforia, provocar o estado de vigília e atuar como anorexígenos. Causam dependência química e física, gerando efeitos adversos sérios como problemas neurológicos e psicológicos¹. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são denominados psicotrópicos, pois “agem no SNC, sendo passíveis de auto-administração”²⁻³.

Os medicamentos anfetamínicos foram desenvolvidos com o objetivo de combater o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. Nas décadas de 60 e 70, o uso de anfetaminas tornou-se popular entre os jovens para reduzir o sono e aumentar a disposição física. Com a descoberta da perda de apetite, sua principal indicação terapêutica passou a ser o tratamento da obesidade, fazendo parte de quase todas as fórmulas redutoras do apetite^{2,4}. Atualmente, existem indicações para o tratamento do transtorno de déficit de atenção (hiperatividade – TDAH), da narcolepsia e da obesidade⁵⁻⁶⁻⁷⁻⁸.

Como as anfetaminas e os anorexígenos agem no SNC, apresentam vários efeitos centrais. Estimulação locomotora, euforia e excitação, comportamento estereotipado e anorexia são os mais comuns. Doses moderadas podem induzir ao bem-estar, aumento da capacidade de concentração e da conversação e, eventualmente, uma melhora do desenvolvimento psicomotor⁹⁻¹⁰⁻¹¹.

Algumas vezes também causam complicações psiquiátricas sérias, transitórias ou permanentes^{1,12}. A dependência anfetamínica parece ser consequência do efeito posterior desagradável que produz, o que leva ao desejo de repetir a dose. Os sintomas típicos da síndrome de abstinência são depressão, hiperfagia e hipersônia. No caso de apresentar dependência química, os pacientes devem ser vigiados, já que existe a possibilidade de suicídio^{10,11-13}.

O consumo indevido de medicamentos anfetamínicos e de anorexígenos representa um grande problema de saúde pública. Este grupo de medicamentos é comercializado sob prescrição médica, com rigoroso controle¹⁴⁻¹⁵. Entretanto, sabe-se que o uso dessas substâncias muitas vezes ocorre sem nenhuma orientação profissional, sendo adquiridos de maneira ilícita no mercado negro. Preocupações com o corpo, influências da mídia, inseguranças próprias da faixa etária, a busca por melhores desempenhos nas atividades diárias, como estudo e esportes, pelo aumento da concentração e disposição a essas práticas, são algumas das causas que levam ao uso destes medicamentos^{4,16-17}.

No Brasil, a preocupação com o uso indiscriminado das anfetaminas e dos anorexígenos, sem prescrição médica, levou as autoridades de saúde do país a criarem a Portaria N° 344 do Ministério da Saúde, de 12 de maio de 1998¹⁵. Em outubro de 2011, foi criada uma Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n° 52 vetando o uso de alguns medicamentos destas classes. Esta dispõe sobre a proibição pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), da fabricação, importação, exportação, distribuição, manipulação, prescrição, dispensação, aviamento, comércio e uso de medicamentos ou fórmulas farmacêuticas que contenham as substâncias anfepramona, femproporex e mazindol (que eram vendidas com notificação de receita “B2”). Porém, manteve-se no mercado, para fins de tratamento da obesidade, fórmulas magistrais de medicamentos que contenham a substância anorexígena sibutramina na dose diária recomendada de 15 mg/dia (quinze miligramas por dia), por meio da Notificação de Receita “B2”, com apresentação do Termo de Responsabilidade¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰, e, para o tratamento do déficit de atenção (hiperatividade), o metilfenidato (Sujeita a Notificação de Receita “A3”, Substância psicotrópica).

A preocupação com adolescentes, que consomem medicamentos anfetamínicos e medicamentos anorexígenos sem saber todos os seus efeitos sobre o organismo, mostra a importância de se analisar o perfil de estudantes consumidores. Diante disso, esse estudo tem como objetivos determinar a prevalência e a frequência do uso de medicamentos anfetamínicos, identificando quais são os mais utilizados e a sua forma de aquisição, observando, com base na RDC 52 de 2011, se a proibição da dispensação alterou o consumo dos mesmos, entre adolescentes estudantes do município de Santo Ângelo, Rio Grande do Sul (RS).

Materiais e métodos

Este estudo avaliou o uso de medicamentos anfetamínicos e de anorexígenos em estudantes do ensino médio em uma escola da rede pública e uma da rede particular do município. A coleta de dados ocorreu entre março e maio de 2012, na cidade de Santo Ângelo, localizada na Região Sul do Brasil.

A amostra foi constituída por todos os estudantes que estavam matriculados no terceiro ano do ensino médio no ano de 2012 na Escola de Ensino Médio da Universidade Regional e Integrada do Alto Uruguai e das Missões (Campus Santo Ângelo), de ensino privado, e na Escola Estadual Onofre Pires, de ensino público.

Dos 160 estudantes matriculados nas escolas onde a pesquisa foi realizada, o questionário foi aplicado aos alunos presentes e que concordaram em participar do estudo nos dias em que a pesquisa foi realizada, somando uma amostra de 120 entrevistados.

A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário de autopreenchimento. As variáveis de interesse foram idade, gênero, frequência de uso dos medicamentos pesquisados, motivo pelo qual utiliza o medicamento, forma de aquisição (com ou sem prescrição médica, onde adquire o medicamento), indicação terapêutica (motivo do uso), tempo de uso e se a RDC 52 de 2011 interferiu no acesso a esses medicamentos. Além disso, foram relacionados alguns medicamentos destas classes com seus respectivos nomes comerciais de referência para que o aluno pudesse identificar o medicamento utilizado com mais facilidade.

A fim de atender os preceitos éticos relacionados com pesquisas envolvendo seres humanos, os alunos maiores de idade receberam um termo de esclarecimento e consentimento, informando que o trabalho foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional e Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI, campus Santo Ângelo, assim como foi encaminhado aos pais e/ou responsável pelos adolescentes menores de 18 anos um termo de autorização, com as informações recomendadas pelo Comitê de Ética.

Resultados

Em relação à distribuição por escolas, aplicou-se o questionário a 120 alunos, onde 78 respondentes (65%) frequentavam a escola pública e 42 (35%) a escola privada, abrangendo, respectivamente, 70% e 85% dos alunos matriculados no terceiro ano do ensino médio, em 2012. Dos 160 estudantes matriculados, 75% estavam presentes e responderam o questionário. Entretanto obteve-se uma recusa da participação da pesquisa de 0,83%.

As principais características sócio-demográficas pesquisadas demonstraram que 68,8% dos alunos entrevistados na escola pública eram do sexo feminino e 31,2%, do sexo masculino. Na escola particular, 52,4% eram do sexo feminino e 47,6%, do sexo masculino, todos com idade média de 17 anos (desvio padrão ± 1).

O índice de uso de medicamentos anfetamínicos e anorexígenos encontrado entre os estudantes pesquisados foi de 2,5%, pequeno quando comparado a outros estudos. Entre as duas escolas, duas alunas, estudantes da escola pública, com faixa etária entre 16 e 18 anos, responderam que já fizeram o uso de anorexígenos por algum período. Na escola particular somente um aluno respondeu que faz uso de anfetamínico.

Durante a análise dos questionários respondidos na escola pública, observou-se um questionário onde uma aluna respondeu que fez uso de anfetamina, pois estava em busca de melhorar seus parâmetros de beleza. Entretanto, manteve o anonimato de qual seria o medicamento e se a aquisição foi feita através da compra com receita médica, somente confirmando que adquiriu em farmácia comercial. Outra aluna, com 18 anos, relatou que utilizou sibutramina e femproporex, sendo os mesmos prescritos por um médico e adquiridos em farmácia comercial. Apontou que já usava os medicamentos para fins estéticos a mais de 2 anos e afirmou que o veto da ANVISA, interferiu no uso destes.

Na escola particular somente um aluno respondeu o questionário afirmando que faz uso de medicamento anfetamínico. O mesmo tem 16 anos e usa metilfenidato diariamente, faz uso há aproximadamente três anos, com prescrição médica, com o intuito de melhorar o desempenho escolar, pois apresenta Déficit de Atenção.

Discussão

O consumo indevido de medicamentos, e de psicotrópicos em particular, representa um problema de saúde pública, sendo amplamente divulgados em meios de comunicação. O assunto “drogas” vem sendo muito discutido e pesquisado. Muitas são as linhas de pesquisa sobre maconha, cocaína e crack, mas poucos têm revelado o comportamento em relação ao uso abusivo de medicamentos psicotrópicos (anfetamínicos e anorexígenos) por adolescentes. Em cidades localizadas no interior do país, onde características sócio-culturais, econômicas e ambientais podem influenciar no perfil da drogadição, as evidências são ainda mais escassas.

O Brasil sempre se destacou como um dos maiores consumidores de medicamentos anfetamínicos, chegando a um consumo de 23,6 toneladas anuais⁹. Pelas informações que aparecem no relatório anual de 2005, da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE), o Brasil era o país que mais consumia anfetaminas no mundo em companhia da Austrália, Cingapura e Coréia, onde este consumo crescia, contrariamente à tendência mundial de retração^{14,21-22-23}.

Estudos voltados para a população estudantil estimam a prevalência mínima de uso de drogas em crianças e adolescentes, que não frequentam a escola. Por esse motivo, inquéritos voltados para a população estudantil não podem ser generalizados para crianças e adolescentes com evasão escolar ou que nunca frequentaram a escola, os quais, por essa situação, podem estar mais predispostos ao uso²⁴.

Em 2004 um levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras, mostrou que em Porto Alegre (Rio Grande do Sul) aproximadamente 4,5% dos adolescentes fizeram uso de anfetaminas e anorexígenos, já estudantes de Goiânia (Goiás) o resultado do estudo demonstrou que 5,8% dos entrevistados tiveram acesso a estes medicamentos²⁵. Uma pesquisa realizada no município de Passo Fundo (RS) mostrou um considerável número de estudantes que já consumiram anfetamínicos, 5,2%. Verificou-se uma prevalência de consumo de anfetamínicos nos estudantes de escolas particulares 1,6 vez maior do que em estudantes de escolas públicas²⁶.

Sengik & Scortegagna relataram, em 2008, o uso de anfetamínicos por estudantes do ensino médio de escolas das redes pública e privada, onde, de 178 alunos, 7,3% haviam feito uso desses medicamentos pelo menos uma vez na vida. Também houve diferença significativa quanto ao tipo de instituição de ensino. A maioria dos usuários (14,9%) era de alunos de escolas da rede privada, enquanto apenas 2,7% eram estudantes de escolas públicas²⁷.

Por outro lado, SILVA e colaboradores, em 2006, relataram o consumo mensal de anfetamínicos entre estudantes de um município no interior do estado de São Paulo (SP), de 3,7%, um valor mais baixo em comparação aos estudos anteriormente citados. É importante ressaltar que neste não foram incluídas escolas particulares, fator associado ao maior uso de anfetamínicos pelos estudantes passo-fundenses^{26,28}. Esse dado foi o mais próximo do valor encontrado no presente estudo, de 2,5%. Apesar de terem sido avaliados alunos de ensino público e privado, diferentemente de Silva e colaboradores (2006), nesta pesquisa entrevistou-se apenas estudantes do terceiro ano do ensino médio, sendo uma possível limitação dos achados.

Outro fato que merece importância é a diferença de padrão de consumo de drogas anorexígenas entre homens e mulheres. A maior proporção de usuários do sexo feminino (67% dos usuários) encontrada em nossa pesquisa, apesar da baixa taxa de consumo na amostra, concorda com a tendência nacional e também com outros estudos realizados com estudantes^{17,27,29,30,31}. Massuia e colaboradores, em 2008, apresentaram resultados nos quais 96% dos usuários de drogas para emagrecimento eram do sexo feminino³².

Outra limitação observada no trabalho foi que, apesar do baixo índice de questionários anulados (1,0%) e do seu amplo uso em estudos dessa natureza, o instrumento utilizado não era validado, uma vez que mediu o relato de consumo de medicamentos, mas não do consumo em si.

A análise dos resultados obtidos recentemente não permite estender as conclusões à população geral, tendo em vista o número relativamente pequeno de estudantes entrevistados (120), mas permite afirmar a importância da realização de novos projetos voltados a essa população, principalmente quando trata-se de medicamentos que influenciam tanto no desenvolvimento dos adolescentes.

Considerações finais

Portanto, conforme os achados deste estudo, alunos matriculados no terceiro ano do ensino médio de duas importantes escolas do município de Santo Ângelo não apresentaram alto consumo de anfetamínicos e anorexígenos, o que impossibilitou a avaliação de outros objetivos previamente propostos. Considerando que o estudo não incluiu todos os estudantes do ensino médio e de demais escolas do município, conclui-se que outras pesquisas são necessárias para confirmação destes dados e para monitorar o uso destes medicamentos após implementação da RDC nº 52/2011, pois é imprescindível tratar o assunto com muita seriedade, abrindo novas perspectivas de investigação, já que essas drogas podem levar a consequências sérias como dependência física e psicológica se o uso for abusivo.

Referências bibliográficas

1. Rang HP, Dale MM, Ritter JM, editors. FARMACOLOGIA. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília – DF, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf>.
3. Carlini EA, Nappo SA, Galduróz JCF, Noto AR. Drogas Psicotrópicas - o que são e como agem. Revista IMESC - Revista do Instituto de Medicina Social e de Criminalista de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%201%20-%20DROGAS%20PSICOTR%3%93PICAS%20O%20QUE%20S%3%83O%20E%20COMO%20AGEM.pdf>.
4. Melo CM, Oliveira DR. O uso de inibidores de apetite por mulheres: um olhar a partir da perspectiva de gênero. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a22v16n5.pdf>.
5. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Parecer técnico-científico do Grupo Assessor de Estudos sobre Medicamentos Anorexígenos. De 21 de julho de 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/divulga/informes/anorexigeno.htm>.
6. Coelho FMS, Elias RM, Pradella-Hallman M, Bittencourt ARQ, Tufik S. Narcolepsia – Revisão da Literatura. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n3/a05v34n3.pdf>.
7. Cruz CSC, Junior EB, Gama MLM, Maia LCM, Filho MJXM, Neto OM, Domingos MC. Uso não-prescrito de metilfenidato entre estudantes de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Gazeta Médica da Bahia. Salvador - Bahia, 2011. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/1148/1082>.
8. Mancini MC, Halpern A. Tratamento farmacológico da obesidade. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia, São Paulo, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302002000500003&script=sci_arttext.
9. Oliveira LO, psicanalista, sócio-diretor de Instituição de Reabilitação em Dependência Química, diretor do Sindicato dos Psicanalistas do Estado de São Paulo e consultor organizacional. Colaborador da Lumiar Projetos, onde coordena o curso sobre Dependência Química: prevenção e tratamento, 2011. Disponível em: <http://www.lumiarprojetos.com.br/Texto.aspx?id=505>.
10. Paumgartten FJR. Tratamento farmacológico da obesidade: a perspectiva da saúde pública. Cad. Saúde Pública. 2011;27(3):404-405.
11. Seibel SD, Toscano AJ. Dependência de Drogas. São Paulo: Atheneu; 2001.
12. Chasin AAM, Silva ES. Estimulantes do Sistema Nervoso Central. OGA, Seizi. Fundamentos da Toxicologia. São Paulo: Atheneu; 2008.
13. Zalaf MRR, Fonseca RMGS. Uso problemático de álcool e outras drogas em moradia estudantil: conhecer para enfrentar. Ver. Esc. Enf. USP. 2009;43(1):132-138.
14. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. JIFE Analisa Tráfico na Internet e faz Recomendações ao Brasil. Brasília, 24 de fevereiro de 2005. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2005/030305_realese.htm.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária SVS/MS - Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União, Brasília, 01 fev. de 1998. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm.
16. Andrade Â, Bosi MLM. Mídia e subjetividade: impacto no comportamento alimentar feminino. Revista de Nutrição. Campinas, São Paulo, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v16n1/a11v16n1.pdf>.
17. Carneiro MFG, Guerra JR MFG, Acurcio FA. Prescrição, dispensação e regulação do consumo de psicotrópicos anorexígenos em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n8/05.pdf>.
18. ANVISA. Agência de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO - RDC nº 52, de 6 de outubro de 2011. Nº 195, segunda-feira, 10 de outubro de 2011. Diário Oficial da União. Disponível em: <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>.
19. Moreira APA, Junior EBN. ANOREXÍGENOS: CONTROLE RÍGIDO OU PROIBIÇÃO DE SEU USO? Revista Eletrônica Pós em Revista, Revista da Pós-Graduação Newton Paiva. Centro Universitário Newton Paiva. Belo Horizonte, MG, 2012. Disponível em: <http://posemrevista.files.wordpress.com/2012/06/pdf-e5-s32.pdf>.
20. RGS, RIO GRANDE DO SUL. MÍDIA REGIONAL. Jornal Zero Hora, Reportagem Especial: O País do Emagrecedor Liberado com restrições. Pg 4-5. Quarta-feira, 5 de outubro de 2011.

21. Capriglione L. Brasil é maior consumidor de anfetamina. Matéria do jornal Folha de São Paulo, 02 de março de 2006. Disponível em: http://ibgf.org.br/index.php?data%5Bid_secao%5D=4&data%5Bid_materia%5D=792.
22. Jorge C. Relatório destaca produção de cocaína e consumo de anfetaminas no Brasil. Agência Brasil, 1 março. 2005. Disponível em: <http://agenciabrasil.etc.com.br/noticia/2005-03-01/relatorio-destaca-producao-de-cocaina-e-consumo-de-anfetaminas-no-brasil>.
23. BRASÍLIA. UNODC. Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. Brasil lidera consumo mundial de anorexígenos, diz JIFE. Brasília, 03 de março de 2006. Disponível em: www.unodc.org/brazil/pt/press_release_2006-03-03.html.
24. Tavares BF, Béria JU, Lima MS. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. Revista de Saúde Pública [online], vol. 35. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n2/4399.pdf>.
25. Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca A, Carlini EA. V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras 2004. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Secretaria Nacional Antidrogas. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=644>.
26. Pizzol TSD, Branco MMN, Carvalho RMA, Pasqualotti A, Maciel EM, Migott AMB. Uso não-médico de medicamentos psicoativos entre escolares do ensino fundamental e médio no Sul do Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2006; 22(1):109-115.
27. Senkig AS, Scortegagna SA. Consumo de drogas psicoativas em adolescentes escolares. PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v9n1/v9n1a09.pdf>.
28. Silva EF, Pavani RAB, Moraes MS, Neto FC. Prevalência do uso de drogas entre escolares do ensino médio do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2006; 22(6):1151-1158.
29. Lucas ACS, Parente RCP, Picanço NS, Conceição DA, Costa KRC, Magalhães IRS, et al. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. Caderno de Saúde Pública. 2006; 22(3):663-671.
30. Silva MC, Campesatto-Mella EA. Avaliação do uso de anorexígenos por acadêmicas de uma instituição de ensino superior em Maringá, PR. Arquivos de Ciência da Saúde Unipar, Universidade Paranaense. 2008; 12(1)43-50.
31. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Oliveira LG, Nappo SA, et al. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. Páginas & Letras. São Paulo, 2007. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/36316785/II-Levantamento-Domiciliar-CEBRID>.
32. Massuia GA, Bruno TIB, Silva LS. Regime de emagrecimento x utilização de drogas. Revista Científica UNIFAE, Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino – FAE. 2008; 2(1), 5-9.

Kelli Luísa Konflanz

Endereço para correspondência – Rua Almirante Tamandaré, 110, apto 304. Bairro Centro, CEP: 96825-140, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

E-mail: kkonflanz@yahoo.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4364705015642162>

Juliane Monks Silva – julianemonks@hotmail.com

Berenice Goulart Dallagnol – beredalla@hotmail.com

Recebido em 23 de novembro de 2013.

Publicado em 15 de setembro de 2014.

Caracterização do uso de agrotóxicos entre trabalhadores rurais

Mayra Valéria Vasconcelos¹ Cristiane Fonseca Freitas² Cristiane Aparecida Silveira³

RESUMO

Objetivo – caracterizar o perfil dos trabalhadores rurais que fazem uso de agrotóxicos em lavouras cafeeiras de Minas Gerais, identificando os riscos potenciais, sinais e sintomas indicativos da exposição. Método – estudo descritivo, epidemiológico, abordagem quantitativa, utilizando um instrumento estruturado testado e validado. Resultado – 91,07% eram homens, 40% tinham idades entre 31 a 50 anos, 39,29% tinham até 4 anos de estudo, 21,43% não utilizavam o EPI sempre, 8,93% foram intoxicados ao menos uma vez, 24,11% foram treinados para uso do EPI ao manipular agrotóxicos. Dentre os sinais e sintomas descritos pelos trabalhadores rurais houve significativa relevância a queimação, irritabilidade, tosse, cefaleia, sede. Considerações finais – Os trabalhadores subestimam a relação do agrotóxico com os sinais e sintomas de intoxicação, dificultando a notificação. É preciso que os profissionais de saúde incorporem na sua prática a assistência integral à saúde dos trabalhadores englobando a prevenção, promoção, assistência de emergência e notificação.

Descritores: Trabalhadores rurais; Saúde do Trabalhador; Agrotóxicos; Promoção da Saúde.

Characterization of pesticide use among farm workers

ABSTRACT

Objective – To characterize the profile of rural workers who use pesticides in coffee plantations in Minas Gerais, identifying potential risks, signs and symptoms indicative of exposure. Method – A descriptive study, epidemiological, quantitative approach, using a structured instrument tested and validated. Results – 91.07 % were male, 40 % were aged 31-50 years 39.29 % had 4 years of study, 21.43 % were not wearing PPE always, 8.93 % were intoxicated at least once, 24.11% were trained to use PPE when handling pesticides. Among the signs and symptoms described by rural workers was significant relevance to burning, irritability, cough, headache, thirst. Final consideration – The workers underestimate the relationship of the pesticide with the signs and symptoms of intoxication, making the notification. It is necessary that health workers to incorporate in your practice comprehensive care health workers encompassing prevention, promotion, emergency assistance and reporting.

Descriptors: Rural workers; Occupational Health; Pesticides; Health Promotion.

¹ Graduanda em Enfermagem na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas), Poços de Caldas, MG, Brasil.

² Doutora em Farmacologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, SP, Brasil.

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil.

Introdução

O risco ocupacional, as decisões e práticas de submeter-se ao mesmo encontram-se constantemente presentes no cotidiano das pessoas. Assim, no contexto nacional, em grande parte dos casos, os trabalhadores vivem no seu labor situações de riscos permanentes, pelo fato dos ambientes onde trabalham apresentarem-se inseguros e possuírem múltiplos agentes propiciadores de risco, seja físico, químico, biológico, psicológico e anti-ergonômico.¹

As estatísticas oficiais mostram o crescimento do agronegócio nas últimas décadas. Entretanto, a crescente subordinação da produção agrícola à economia gera uma situação paradoxal: aumento e a diversificação da produção e surgimento de novas injúrias laborais ligadas ao uso do agrotóxico.²

Uma melhor compreensão dos fatores que determinam as práticas no uso de agrotóxicos tem sido buscada através da avaliação do nível de conhecimento e percepções dos trabalhadores rurais sobre o risco da exposição ocupacional, demonstrando que as intoxicações por agrotóxicos podem ser minimizadas à medida que o trabalhador compreende os riscos e segue os procedimentos de segurança necessários.³

Nos países em desenvolvimento, a exposição do trabalhador rural aos agrotóxicos se constitui em um grave problema de saúde pública, tanto pelo difícil acesso às informações, quanto pela baixa escolaridade dos usuários desses produtos, além da falta de controle sobre sua produção, distribuição e utilização.⁴

A linguagem técnica dos produtos e manuais é pouco acessível à maioria dos trabalhadores que lidam com estes produtos e os Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Nem sempre os EPI estão adequados à realidade social, cultural, econômica e ao clima que os trabalhadores brasileiros enfrentam.⁴

A atenção integral à saúde do trabalhador necessita de uma interligação entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Os profissionais de saúde devem atuar de forma multidisciplinar e pro-ativa, a fim de identificar os agravos, minimizar os danos causados pelo trabalho e desenvolver ações de promoção à saúde a estes trabalhadores.⁵

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo caracterizar o perfil dos trabalhadores rurais que fazem uso de agrotóxicos em lavouras cafeeiras de Minas Gerais, identificando os riscos potenciais, sinais e sintomas indicativos da exposição.

Metodologia

Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, de caráter epidemiológico e descritivo, desenvolvida em um município do interior de Minas Gerais com 20.430 mil habitantes dos quais cerca de 77% ocupam a área urbana e 23% ocupam a zona rural do município, segundo o censo demográfico de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.⁶

Neste estudo foram incluídos fazendas da região cafeeira do município, sujeitos do estudo 112 trabalhadores rurais.

Após aprovação dos proprietários das fazendas, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (CAAE 01845012.0.0000.5137), no dia 26/04/2012 respeitando-se a Resolução 466/12.⁷

Utilizou-se um instrumento tipo questionário estruturado, com perguntas fechadas, palavras de fácil entendimento dos trabalhadores, testado e validado.

Os dados quantitativos foram analisados estatisticamente, foi empregado análise de variância (ANOVA) seguido do Teste de Dunnett (software US. 04^a Graphpad Instat, 1990), com valores de *P<0,05 a **P>0,01 considerados significativos.

Resultados

Foram pesquisados 112 trabalhadores rurais. Os dados sociodemográficos são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos trabalhadores rurais de um município mineiro, segundo dados biopsicossociais. Minas Gerais, 2013 (n=112).

Categorias	Variáveis	Total	
		f	%
Idade	18 – 30 anos	40	35,71
	31 – 50 anos	45	40,18
	Acima de 50 anos	25	22,32
	Não responderam	2	1,79
	Total	112	100
Sexo	Masculino	102	91,07
	Feminino	9	8,04
	Não responderam	1	0,89
	Total	112	100
Estado Civil	Casado (a)	61	54,46
	Solteiro (a)	50	44,64
	Viúvo (a)	1	0,89
	Total	112	100
Escolaridade	Analfabeto	7	6,25
	1º a 4º série EF	44	39,29
	5º a 8 série EF	41	36,61
	Ensino médio completo	6	5,36
	Ensino médio incompleto	7	6,25
	Ensino superior	5	4,46
	Pós-graduado	1	0,89
	Não responderam	1	0,89
	Total	112	100
Zona	Rural	39	34,82
	Urbana	71	63,39
	Não responderam	2	1,79
	Total	112	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

Em relação à faixa etária, 45 (40,18%) tem idades compreendidas entre 31 e 50 anos e 40 (35,71%) entre 18 e 30 anos. Quanto ao sexo, 102 (91,07%) eram homens e 9 (8,04%) eram mulheres que desenvolviam alguma atividade envolvendo o uso de agrotóxico. Quanto ao estado civil, 61 (54,46%) eram casados.

Na presente pesquisa, 6,25% são analfabetos e 39,29% tem até 4 anos de escolaridade; 39 (34,82%) residem na zona rural o que na maioria das vezes torna-se um empecilho quanto ao estudo, locomoção, procura de auxílio médico, dentre outras dificuldades.

Tabela 2 – Caracterização do trabalho dos trabalhadores rurais de um município mineiro, segundo condições de trabalho. Minas Gerais, 2013 (n=112).

Categorias	Variáveis	Total	
		F	%
Utilização do EPI	Sim/ Sempre	82	73,21
	Não/ Nunca	13	11,61
	Às vezes	11	9,82
	Não responderam	6	5,36
	Total	112	100
EPI fornecidos pelo empregador	Sim	85	75,89
	Não	19	16,96
	Às vezes	2	1,79
	Não responderam	6	5,36
	Total	112	100
Intoxicação	Nenhuma vez	99	88,39
	1 – 2	9	8,04
	3 – 4	1	0,89
	Não responderam	3	2,68
	Total	112	100
CAT	Sim	5	4,46
	Não	23	20,54
	Não se aplica/Não responderam	84	75
	Total	112	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2013

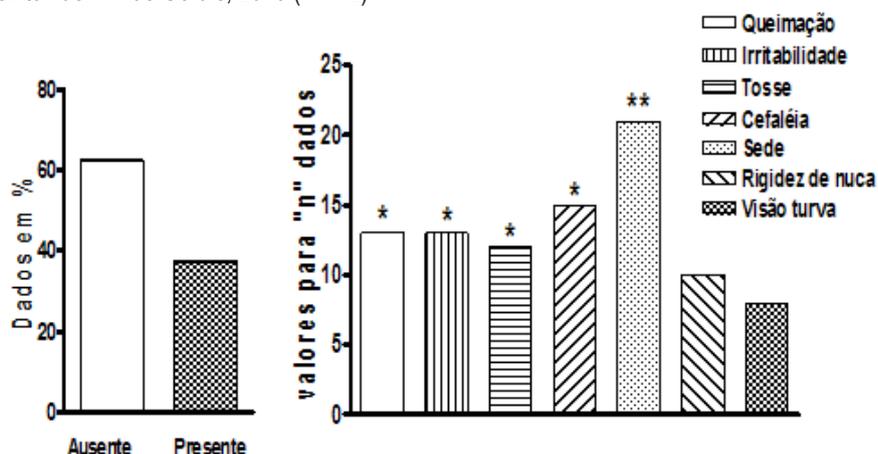
Quanto às medidas de proteção ao trabalhador rural, fica notória a variação das concepções da qual este trabalhador tem sobre a utilização do EPI. Do total, 82 (73,21%) relataram que sempre utilizavam EPI, 13 (11,61%) nunca os utilizam e 11 (9,82%) às vezes fazem uso dos mesmos. Porém, durante a pesquisa observou-se que muitos dos que assim relataram usá-los não os utilizavam ou se quer carregavam esses equipamentos.

Do total, 10 (8,93%) relataram já ter se intoxicado pelo menos uma vez ao utilizar agrotóxico. Um deles já se intoxicou mais de 3 vezes. Dos que já se intoxicaram apenas 5 dos trabalhadores emitiram a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), 23 não solicitaram a mesma. Outro fato preocupante é que 84 destes trabalhadores não responderam a questão relacionada a CAT, talvez por desconhecimento do que seja um acidente de trabalho.

Constatou-se que 10 (8,93%) dos trabalhadores já sofreram algum tipo de intoxicação por agrotóxico, seja ela aguda ou crônica.

Para tentar identificar estas ocorrências, os trabalhadores foram questionados sobre se após usarem o agrotóxico constataram algum sinal/sintoma relacionado.

Gráfico 1 – Distribuição dos trabalhadores rurais de um município mineiro, segundo sinais e sintomas. Minas Gerais, 2013 (n=112)*.

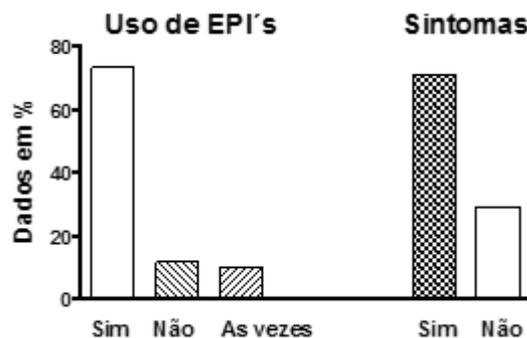


*Os valores são expressos em porcentagem para "n" dados. * P<0,05, **P>0,01 em relação ao grupo controle.

Fonte: Dados da pesquisa (2013)

Em relação aos sinais e sintomas descritos pelos trabalhadores rurais foi constatado que houve uma predominância e significativa relevância a queimação (*P<0,05), irritabilidade (*P< 0,05), tosse (*P< 0,05), cefaleia (*P< 0,05), sede (**P<0,01) e além destes a rigidez de nuca, visão turva, vômito, vertigens, insônia e alergia estiveram presentes em grande parte dos relatos. Assim, ao efetuar análise a partir do Teste de Dunnett, utilizou-se como comparação um grupo controle que representou um total de 62,5% dos trabalhadores que não apresentaram nenhum sinal ou sintoma e 37,5% apresentaram, sendo que dentre estes 33,33% relataram três ou mais sintomas.

Gráfico 2 – Distribuição dos trabalhadores rurais de um município mineiro, segundo uso de EPI e sintomas. Minas Gerais, 2013 (n=112).*



*Os valores são expressos em porcentagem.

Fonte: Dados da pesquisa, 2012

Logo, pode se observar que dentre os 21,47% dos indivíduos que não utilizavam o EPI ou às vezes faziam uso do mesmo, 70,43% apresentaram algum sinal ou sintoma, o que demonstra a grande importância na utilização do EPI.

Tabela 3 – Distribuição dos trabalhadores rurais de um município do interior mineiro, segundo Educação permanente e exames admissionais. Minas Gerais, 2013 (n=112).

Categorias	Variáveis	Total	
		f	%
Treinamento para utilização de EPI	Sim	27	24,11
	Não	13	11,61
	Não responderam	72	64,29
	Total	112	100
Treinamento para manipular agrotóxico	Sim	27	24,11
	Não	13	11,61
	Não responderam	72	64,29
	Total	112	100
Exame de sangue (Colinesterase)	Sim	20	17,86
	Não	17	15,18
	Não responderam	75	66,96
	Total	112	100

Fonte: Dados da pesquisa (2013)

Em relação ao treinamento para manuseio do agrotóxico 27 (24,11%) receberam treinamento para utilização do EPI e manuseio de agrotóxicos, 13 (11,61%) relataram que não e ignoraram a questão 72 (64,29%) trabalhadores.

Em relação ao exame de sangue que avalia o nível de colinesterase, foi constatado que apenas 20 (17,86%) dos trabalhadores efetuaram o exame.

Discussão

Os dados sobre a faixa etária são coincidentes com os apresentados pela literatura que demonstram o uso de agrotóxicos por pessoas de todas as idades, sobretudo na agricultura familiar.⁸ Segundo a Norma Regulamentadora (NR) 31, os menores de 18 anos ou maiores de 60 anos não podem manusear agrotóxicos ou produtos afins⁹, proibição nem sempre respeitada.

Em um estudo realizado no Rio Grande do Sul (RS) sobre intoxicação por agrotóxicos, constatou-se que 47,5% tinham idades compreendidas entre 20 e 39 anos com a significativa presença de adolescentes (21,6%).³

O fator idade pode ocasionar um grave problema de saúde a estes trabalhadores que ficam expostos a estes agentes químicos, pois jovens e idosos estão mais suscetíveis ao adoecimento. Em um estudo realizado em Cachoeira do Sul – RS observou-se que os sintomas de boca seca, visão alterada e dor nas pernas foram mais prevalentes em idosos residentes na zona rural.¹⁰

Considerando o sexo dos trabalhadores rurais, nota-se a predominância masculina como o realizado no Rio Grande do Sul 62,2%³ e em Minas Gerais 95% de homens¹¹ e casados. Este fato, de maneira isolada não tem reflexo para a saúde. Entretanto, considerando o fenômeno da agricultura familiar e a “ajuda” esporádica da mulher e filhos, percebe-se o risco adicional para a saúde da família. Fato preocupante para a família como um todo, pois foi constatada a presença de agrotóxico até no leite materno.¹²

A questão da agricultura familiar pode ocasionar uma maior vulnerabilidade aos trabalhadores rurais que fazem uso dos agrotóxicos, alguns fatores acabam por ser impactantes à saúde dos mesmos, destacando-se a inexistência de uma efetiva fiscalização, controle e acompanhamento do poder público. Além disso, existe ainda o perfil dos trabalhadores rurais estudados que aponta a um baixo nível de escolaridade.

Em um estudo constatou-se que 46,7% tinham de 1 a 4 anos de estudo.¹⁰ Assim, apesar de alfabetizados os trabalhadores não entendem o que está escrito, seja pela linguagem técnica, tamanho ou tipo de fonte.^{3,12}

Além da questão da compreensão, há a percepção de riscos, a qual é influenciada por questões educacionais e/ou culturais. O fundamento da percepção de riscos está em imagens e crenças, pois cada pessoa possui experiências diferentes umas das outras, o que reflete na interpretação de situações futuras relacionadas ao agrotóxico.¹³

Os trabalhadores visualizam claramente o agrotóxico como fonte de ameaça e reconhece este, como um elemento negativo, que pode trazer uma situação de dano à sua saúde, à terceiros ou ao ambiente. Porém, a chamada invisibilidade de riscos leva ao descuido destes trabalhadores no cotidiano do seu labor.¹⁴

Além disso, a comunicação na zona rural é predominantemente oral e o fator cultural influencia fortemente na vida desta população. Logo, as mensagens visuais se tornam atrativo aos trabalhadores rurais, desde que adequadas ao repertório visual e intelectual dos mesmos. Portanto, a comunicação para o público rural necessita de um cuidado e um conhecimento refinado das características culturais e dos costumes regionais da população para que a mensagem possa ser compreendida.¹²

O uso, sem regularidade, do EPI tem diversas justificativas como “não possuem esses equipamentos de proteção indicados”, “não se preocuparem”, “porque atrapalha” ou “por falta de orientação”.¹⁴

Em um estudo desenvolvido na Armênia que analisava a utilização de EPI, constatou-se que houve uma predominância de uso incompleto dos EPI: 21,3% usavam luvas e apenas 11% relataram utilizar respiradores.¹⁵

Em outro estudo brasileiro, demonstrou-se que o uso de EPI por trabalhadores rurais idosos ocorre de forma incompleta com 85,4% dos mesmos e 45,1% descartam as embalagens de forma inadequada.¹⁰

Desta forma é importante não somente o fato de usar o EPI, mas usá-lo corretamente, pois, quando não usados de forma correta esses equipamentos podem se tornar mais uma fonte de contaminação e, nesse caso, acabam por propiciar uma falsa sensação de segurança.¹⁶

É necessária a conscientização destes trabalhadores, pois além da utilização correta do EPI, é importante a sua conservação, armazenamento, descarte em locais adequados, evitando o carregamento dos mesmos para suas residências.

Em um estudo realizado no Vale do São Francisco, 72% dos entrevistados relataram utilizar o EPI, nos que utilizavam de maneira incompleta, os principais EPI foram a máscara e luva. Os que não utilizavam o EPI estão entre os pequenos produtores e trabalhadores de pequenas propriedades.⁴

Além da não valorização do EPI, outro fator agravante para que o trabalhador não venha utilizar é a questão climática brasileira: o clima quente incomoda intensamente, o que leva a estes trabalhadores a não usarem estes equipamentos e/ou a usá-los de maneira incorreta.⁴

A NR 1 é relativa à segurança e medicina do trabalho, é de observância obrigatória pelas empresas privadas e públicas e pelos órgãos públicos da administração direta e indireta, bem como pelos órgãos dos Poderes Legislativo e Judiciário, que possuam empregados regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Além do mais, cabe ao empregador cumprir e fazer cumprir as disposições legais e regulamentares sobre segurança e medicina do trabalho, elaborar ordens de serviço sobre segurança e saúde no trabalho, dando ciência aos empregados por comunicados, cartazes ou meios eletrônicos.¹⁷

Assim, a questão não se resume apenas em saber se os proprietários fornecem EPI aos seus trabalhadores, é necessário observar se os mesmos sabem utilizá-los, higienizá-los e guardá-los corretamente, pois estas normas muitas vezes são ignoradas, o que torna extremamente importante as informações e orientações sobre como utilizar os EPI, auxiliando a saúde, segurança do trabalho e prevenção de acidentes.¹⁶

Legalmente, segundo o Art. 19. da Lei 8213/91 ... acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, (...) provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho.¹⁸

A Lista de Notificação Compulsória segundo a Portaria N° 104/11, refere-se a doenças, agravos e eventos de importância para a saúde pública nacional, seja ela em rede de saúde pública ou privada. Estas doenças e eventos como em Anexo I n° 23 Intoxicações Exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados) serão notificados e registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).¹⁹

Desta forma, CAT é um instrumento de grande importância epidemiológica e uma fonte de informação em AT, sendo um instrumento previdenciário, há a necessidade do preenchimento do SINAN conforme Portaria 104/11, pois se trata de uma situação de intoxicação ocupacional.¹⁹

Em um estudo ao analisar a incidência de intoxicações por agrotóxicos no estado do Rio Grande do Sul através do SINAN, durante 5 anos constatou-se que a grande maioria dos casos ocorreram durante atividades relacionadas ao trabalho. Entretanto, somente 25 CAT foram emitidas.³

As informações que notificam os casos de intoxicações nem sempre correspondem ao total papel de vigilância, pois registram-se os casos agudos e/ou mais graves, deixando os demais casos na subnotificação, a qual segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), cada caso registrado corresponde a aproximadamente cinquenta eventos ocorridos.²⁰

Muitos casos de subnotificação devem-se a dificuldade do próprio trabalhador reconhecer o evento como AT. Às vezes ao serem intoxicados ou eles não correlacionam com o uso do agrotóxico ou acham que é normal.

A intoxicação altera o estado de saúde de um indivíduo ou de um grupo de pessoas. É resultado da interação de substâncias com o organismo, podendo ocorrer de forma leve, moderada ou grave a depender da quantidade de veneno absorvido, do tempo de absorção, da toxicidade do produto e do tempo decorrido entre a exposição e o atendimento médico.²¹

Pressupõe-se que muitos trabalhadores subestimam a relação do agrotóxico com os sintomas, considerando a dor de cabeça, tontura e problemas de estômago como processos naturais decorrentes do seu trabalho, assim os sintomas subjetivos e constantes da exposição ocupacional podem ser um sinal precoce da intoxicação, o que pode afetar a qualidade de vida destes trabalhadores.²²

Em outra pesquisa realizada em Goiás, observou-se que dentre os sintomas descritos pelos trabalhadores rurais estão a cefaléia, tontura, coceira, irritação nos olhos, enjoo, dor de estômago e vômito.¹⁶

As políticas de saúde partem do pressuposto de que o conhecimento e a prática têm uma relação direta entre si, assim suas ações são baseadas apenas para a transmissão de informações, passando a responsabilidade do cuidado da saúde para o indivíduo. Logo, observa-se que mesmo o trabalhador rural apesar de ter informações sobre o uso do agrotóxico e suas consequências, ele ainda o usa de forma indiscriminada e sem as proteções individuais legais.²²

Para tanto, é necessário que haja uma educação continuada, que invista em ações de promoção da saúde, estando os profissionais da área articulados com as ações de prevenção e capacitados a identificar os casos de intoxicação por agrotóxicos.²³

A NR7 e NR 31 estabelecem que todos os trabalhadores rurais devem realizar exames médicos ocupacionais, incluindo a avaliação dos riscos químicos, como os agrotóxicos. Sendo que para os agentes químicos organofosforados e

carbamatos, são exigidas dosagens de colinesterase plasmática e/ou eritrocitária, considerando como valor de referência a atividade pré-ocupacional.^{9,24}

Os agrotóxicos são inibidores das colinesterases e podem ser absorvidos pela pele, ingestão ou inalação, inibindo as enzimas colinesterases eles proporciona um acúmulo de acetilcolina nas sinapses nervosas, ocasionando efeitos parassimpaticomiméticos.²⁵

O exame de sangue pode medir o nível da enzima colinesterase que é um indicador da relação entre exposição a agrotóxico e problemas de saúde. Assim, a diminuição do teor da colinesterase pode permanecer por trinta dias e o das hemácias por noventa dias no organismo após o último contato com os agentes químicos.¹

Faz-se necessário que o planejamento de estratégia seja contínuo, humano e totalmente integrado com os devidos setores relacionados ao tema, pois as mudanças de comportamento se dão a partir de médios e longos prazos. Além disso, a predominância da agricultura familiar analisada nesta pesquisa leva a constatar que é de suma importância um olhar voltado a família desses trabalhadores, para que assim eles possam usufruir de um conhecimento em que o leve a prevenção, proteção e promoção da familiares.⁸

Considerações finais

O não uso de EPI está intimamente ligado ao nível de intoxicação, o que nos leva a reflexão sobre a forma da qual as informações sobre a utilização, manuseio, transporte, acondicionamento e descarte são repassados aos trabalhadores, pois a maioria tem baixa escolaridade, o que pode influenciar no entendimento das bulas e rótulos dos agrotóxicos.

Percebeu-se também que os trabalhadores rurais subestimam a relação do agrotóxico com os sinais/sintomas, levando-os a estar mais propensos a intoxicação. A pesquisa demonstrou que sintomas subjetivos como irritabilidade, tosse, cefaleia, sede e problemas do estômago estão presentes no cotidiano destes trabalhadores, porém nem sempre são relacionados à intoxicação, não caracterizando-o como AT.

Desta forma, ocorre a dificuldade de subnotificação/notificação, o que leva a necessidade de melhor organização da assistência à saúde, de forma que capacitem os profissionais de saúde para a intervenção dos problemas relacionados ao uso de agrotóxicos.

É fundamental que os profissionais da saúde incorporem na sua prática cotidiana a compreensão de que o trabalho é um dos determinantes do processo saúde-doença e de que é necessário o envolvimento de todo o sistema de saúde para garantir o cuidado integral aos trabalhadores.

Referências bibliográficas

1. Mendes R. Patologia do trabalho. 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2013. 769-808 p.
2. Batista Filho M, Melo MNT. Alimentação, Agrotóxicos e Saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. jun. 2012 [acesso em 21 nov. 2013];12(2):113-19. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000200001&lng=en.
3. Barroso LB, Wolff DB. Riscos e segurança do aplicador de agrotóxicos no Rio Grande do Sul. Disc. Scientia. Série: Ciências Naturais e Tecnológicas, S. Maria, 2009 [acesso em 21 nov. 2013];10(1):27-52. Disponível em: <http://sites.unifra.br/Portals/36/tecnologicas/2009/completos/03.pdf>
4. Bedor CNG, Ramos LO, Pereira PJ, Rêgo MAV, Pavão AC, Augusto LGS. Vulnerabilidades e situações de riscos relacionados ao uso de agrotóxicos na fruticultura irrigada. Rev. bras. epidemiol. mar. 2009 [acesso em 21 nov. 2013]; 12(1):39-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2009000100005&lng=en.
5. Mantovani MF, Lacerda MR, Ulbrich E, Bandeira JM, Gaio DM. Panorama da produção do conhecimento em enfermagem na saúde do trabalhador: impacto e perspectivas. Rev. bras. enferm. out. 2009 [acesso em 21 nov. 2013];62(5):784-88. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500024&lng=en
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010 [acesso em: 14 abr. 2013]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?uf=31&dados=1>

7. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466. Estabelece Diretrizes e Normas Regulamentadoras envolvendo Seres Humanos. Brasília, 12 de dezembro de 2012 [acesso em: 22 mai. 2013]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
8. Brito PF, Gomide M, Camara VM. Agrotóxicos e saúde: realidade e desafios para mudança de práticas na agricultura. *Physis* 2009 [acesso em 21 nov. 2013]; 19(1): 207-25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000100011&lng=en
9. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Portaria MTE n.º 86, de 03 de março de 2005. NR 31 - Segurança e saúde no trabalho na agricultura, pecuária silvicultura, Exploração florestal e aquicultura. [acesso em: 04 abr. 2013]. Disponível em: [http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D33EF459C0134561C307E1E94/NR-31%20\(atualizada%202011\).pdf](http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D33EF459C0134561C307E1E94/NR-31%20(atualizada%202011).pdf)
10. Silva EF, Paniz VMV, Laste G, Torres ILS. Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciênc. saúde coletiva* . 2013 [acesso em 21 nov. 2013];18(4):1029-1040. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000400016&lng=en
11. Silva VC. Uso de Agrotóxicos nas Lavouras de Café do Município de Campos Gerais. [monografia] Campos Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012. 66 p.
12. Yamashita MGN. Análise de rótulos e bulas de agrotóxicos segundo dados exigidos pela legislação federal de agrotóxicos e afins e de acordo com parâmetros de legibilidade tipográfica. [dissertação] Bauru: Universidade Estadual Paulista – UNESP; 2008. 21-186 p.
13. Mendes SAF, Silva Junior MF. Percepção de risco no uso de agrotóxicos na produção de tomate do distrito de nova matrona, Salinas, Minas Gerais. *CAMINHOS DE GEOGRAFIA - Revista online set. 2011* [acesso em 21 nov. 2013]12(39):226-44. Disponível em: <http://www.biblioteca.uesc.br/biblioteca/bdtd/200860187D.pdf>
14. Gregolis TBL, Pinto WJ, Peres F. Percepção de Riscos fazer uso de agrotóxicos por Trabalhadores da Agricultura Familiar do Município de Rio Branco, AC. *Rev. bras. Saúde Ocup. jun. 2012* [acesso em 21 nov. 2013]; 37(125). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S030376572012000100013&lng=en&nrm=iso
15. Tadevosyan A, Tadevosyan N, Kelly K, Gibbs SG, Rautiainen RH. Pesticide use practices in rural armenia. *J Agromedicine*. 2013;18(4):326-33.
16. Alves SMF, Fernandes PM, Marin JOB. Condições de trabalho associadas ao uso de agrotóxicos na cultura de tomate de mesa em Goiás. *Ciênc. agrotec*. 2008 [acesso em 21 nov. 2013];32(6):1737-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-70542008000600009&lng=en&nrm=iso
17. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Portaria SIT n.º 84, de 04 de março de 2009. Disposições Gerais. [acesso em: 02 mai. 2013]. Disponível em: http://portal.mte.gov.br/data/files/FF8080812BE914E6012BEF0F7810232C/nr_01_at.pdf
18. Brasil. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, 24 jul. 1991 [acesso em: 28 abr. 2013]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria n.º 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 26 janeiro 2011 [acesso em: 28 abr. 2013]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_104_26_2011_dnc.pdf
20. Navolar TS, Rigon SA, Philippi JMS. Diálogo entre agroecologia e promoção da saúde. *Rev. Bras. em Promoção da Saúde* nov. 2009 [acesso em 21 nov. 2013];23(1) Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/1176>
21. Ministério da Saúde (BR). Sistema Nacional de Informações Tóxico Farmacológicas - SINITOX. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Centros dos Estados de Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro, 2010 [acesso em: 14 abr. 2013]. Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=318
22. Hoshino ACH, Pacheco FH, Taguchi CK, Tomita S, Miranda MF. A auto-percepção da saúde auditiva e vestibular de trabalhadores expostos a organofosforados. *Rev. CEFAC* dez. 2009 [acesso em 21 nov. 2013];11(4):681-87. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151618462009000800017&lng=en
23. Machado LM. O cuidado da equipe de estratégia de saúde da família a trabalhadores rurais expostos a agrotóxicos. [dissertação]. Santa Maria, RS: Universidade Federal de Santa Maria; 2012. 14-99 p.
24. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). Portaria SSST n.º 24, de 29 de dezembro de 1994. Normas Regulamentadoras de Segurança e Saúde no Trabalho (NRs) NR 7 - Programa de controle médico de saúde ocupacional. 1994 [acesso em: 28 abr. 2013]. Disponível em: http://portal.mte.gov.br/data/files/8A7C812D308E21660130E0819FC102ED/nr_07.pdf

25. Organização Panamericana de Saúde. Manual de vigilância da saúde de populações expostas a agrotóxicos. Brasília, 1996 [acesso em: 03 mai. 2013]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro2.pdf>

Cristiane Aparecida Silveira

Endereço para correspondência – Rua Erechim, 1456, apto 05. Bairro Centro, CEP: 85812-260, Cascavel, PR, Brasil.

E-mail: casilve@yahoo.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4190390095539722>

Mayra Valéria Vasconcelos – mayrahandball@hotmail.com

Cristiane Fonseca Freitas – cfreitas@pucpcaldas.br

Enviado em 26 de novembro de 2013.

Publicado em 15 de setembro de 2014.

Enfermagem na terapia transfusional e hemovigilância: análise da conformidade em um hospital de ensino

Halana Batistel Barbosa¹ Anair Lazzari Nicola²

RESUMO

Objetivo: Analisar a conformidade da prática do enfermeiro na terapia transfusional, de acordo com a legislação vigente, e sua participação nas ações de hemovigilância. Metodologia: Pesquisa exploratória descritiva, realizada em um hospital de ensino do oeste do Paraná, envolvendo 24 enfermeiros que desenvolviam ações de hemoterapia. Utilizou-se um instrumento de coleta de dados para avaliar a prática hemoterápica dos enfermeiros. Resultados: Dos participantes, 58% referem estar pouco informados sobre o assunto e 63% não orientam o paciente sobre os riscos da terapia. Um total de 63% rotula a amostra no posto de enfermagem longe do paciente, o que tende à indução do erro, considerando a demanda de trabalho e o aporte de recursos humanos nem sempre adequados. E 46% não receberam treinamentos sobre o tema. Conclusão: O desenvolvimento de programas de capacitação do enfermeiro sobre terapia transfusional pode ser uma estratégia para qualificar a assistência e atender a legislação.

Descritores: Segurança transfusional; Enfermagem; Hemovigilância

Nursing on transfusion therapy and hemovigilance: analysis of compliance on a teaching hospital

ABSTRACT

Objective: To analyze the compliance of nursing practice in transfusion therapy, according to current legislation, and their participation in hemovigilance actions. Methodology: descriptive exploratory research held in a teaching hospital in western Paraná involving 24 nurses who developed actions hemotherapy. Was used a data collection instrument to assess nursing hemotherapy practice in accordance with the appropriate standards. Results: Of the participants, 58% they refer to be insufficiently informed about it and 63% did not guide the patient about the risks of therapy. A total of 63% label the sample at the nursing station away from the patient, it tends to induction of error considering the demand for labor and not always adequate supply of human resources. And 46% received no training on the subject. Conclusion: The development of training programs for nurses on transfusion therapy may be strategies for qualifying assistance and meet the legislation.

Descriptors: Transfusion safety; Nursing; Hemovigilance

¹ Integrante do Grupo de Pesquisa em Administração dos Serviços de Saúde e de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brasil

² Doutora em Enfermagem pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brasil

Introdução

A transfusão sanguínea, em algumas situações, pode representar a única maneira de melhorar rapidamente uma grave condição. Esta é considerada o tipo mais comum de transplante e é realizada em milhões de indivíduos todos os anos.¹ A literatura demonstra que não existe transfusão isenta de riscos e que algumas delas podem trazer sérios prejuízos aos pacientes, inclusive fatais. É impossível eliminar totalmente as possibilidades de erro humano, porém, reduzir as chances de erro é um objetivo alcançável. Principalmente, quando se conta com uma equipe de médicos e enfermeiros que possuem níveis adequados de conhecimento relacionados ao tema. Sendo esta, a prerrogativa essencial para assegurar um sistema seguro de transfusão desde sua captação até o destino final – o paciente.²

A transfusão de hemocomponentes, enquanto terapia, ainda que indicada pelo contexto clínico e para que os resultados sejam satisfatórios, é imperativa a administração correta de acordo com as normas técnicas preconizadas. Visto que, as transfusões sanguíneas envolvem risco sanitário e podem ocasionar potenciais incidentes transfusionais.^{2,3}

A legislação que regulamenta a prática hemoterápica no Brasil, RDC 57/2010 e Portaria 2.712/2013, determina as condições sanitárias para serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue e procedimentos transfusionais, além de regulamentar as condições técnicas dos procedimentos hemoterápicos. Dessa forma, as instituições que realizam a prática hemoterápica devem seguir a legislação e possuir um sistema para a detecção, notificação e avaliação das complicações transfusionais. Incluindo procedimentos operacionais para tal finalidade, além do tratamento e prevenção das reações transfusionais.^{3,4}

Partindo desse pressuposto, esta pesquisa poderá contribuir na avaliação da prática transfusional realizada pelo enfermeiro, bem como, as ações de hemovigilância por ele desenvolvidas. Com a finalidade de melhoria da segurança, especialmente, para os pacientes receptores e também para os profissionais da saúde, favorecendo assim, um atendimento de qualidade à população. Nesse sentido, objetiva-se analisar a conformidade da prática do enfermeiro na terapia transfusional de acordo com a legislação vigente e sua participação nas ações de hemovigilância.

Metodologia

Estudo exploratório descritivo, realizado em um hospital de ensino do oeste do Paraná, o qual possui 195 leitos e é referência regional em alta complexidade nas áreas de: gestação de alto risco, ortopedia/traumatologia, cirurgia vascular, neurologia/neurocirurgia e tratamento em portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Para fins do presente, consideraram-se população da pesquisa as unidades que mais realizam transfusão sanguínea neste nosocômio: unidade de Clínica Médica e Cirúrgica (F2), Pronto Socorro (PS), Centro Cirúrgico (CC) e Unidade de Terapia Intensiva adulto (UTI). O número total de enfermeiros correspondentes a estas unidades nos períodos estabelecidos era de 29, destes, 24 aceitaram participar da pesquisa. Sendo considerado critério de inclusão ser enfermeiro das referidas unidades e aceitar mediante consentimento livre e esclarecido participar da presente pesquisa, foi considerado como critério de exclusão apenas a recusa do profissional. Os valores apresentados foram fornecidos pelo Serviço de Hemovigilância do hospital em questão, sendo o período definido em função da disponibilidade dos dados.

A pesquisa foi realizada mediante coleta de dados por meio da aplicação de um questionário previamente elaborado contendo apenas questões objetivas. O questionário foi aplicado no mês de dezembro de 2013, nos turnos matutino, vespertino e noturno aos enfermeiros das unidades mediante anuência através de termo de consentimento livre e esclarecido.

A análise dos dados foi permeada pela legislação vigente em hemoterapia, sendo destacados destas, informações concernentes ao conhecimento do enfermeiro frente à prática transfusional, às ações pré-transfusionais e às ações realizadas pelo enfermeiro durante a transfusão, não esgotando dessa forma, o uso da legislação para análise do trabalho em hemoterapia. Procedeu-se a análise por meio da estatística descritiva, com auxílio do Programa Microsoft Excel 2010® com posterior apresentação tabular dos resultados.

A presente pesquisa foi desenvolvida cumprindo os preceitos da Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, com a aprovação da instituição e do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), sob protocolo número 461.232.

Resultados e discussão

A população do presente estudo foi composta por quatro unidades hospitalares, baseada de acordo com a demanda de transfusões nelas realizadas. O setor do Pronto Socorro (PS) foi o que apresentou a maior taxa de transfusões realizadas, as demais unidades e suas respectivas transfusões estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Relação quantitativa das transfusões sanguíneas realizadas no Hospital em análise, no período de outubro de 2012 a setembro de 2013

Unidades	Nº de transfusões	%
F2	467	19
PS	837	35
CC	400	17
UTI	717	30
Total	2421	100

FONTE: Dados do Serviço de Hemovigilância do Hospital em análise

Dos 24 participantes, 83% eram do sexo feminino reafirmando assim, a tradição de que a profissão de enfermagem é majoritariamente composta por mulheres, 92% dos participantes possuíam pós-graduação *latu sensu* concluída. A Tabela 02 demonstra a descrição desta amostragem, onde se observa que o maior tempo de atuação em unidade hospitalar é entre sete a nove anos expressa por 46% dos participantes e que, 54% dos enfermeiros eram formados entre sete a dez anos.

Tabela 02 - Descrição da amostragem em função das variáveis: sexo, pós graduação *latu sensu*, tempo de atuação em unidade hospitalar e tempo de formação.

	N	%
Sexo		
Masculino	04	17
Feminino	20	83
Pós Graduação <i>latu sensu</i>		
Em andamento	02	08
Concluída	22	92
Tempo de atuação em unidade hospitalar		
01 a 03 anos	04	17
04 a 06 anos	05	21
07 a 09 anos	11	46
>10 anos	04	17
Tempo de formação		
01 a 03 anos	01	04
04 a 06 anos	04	17
07 a 09 anos	13	54
>10 anos	05	21
Não respondeu	01	04

Considerações acerca do conhecimento em terapia transfusional

Quando questionados se estavam informados sobre a terapia/prática transfusional, 04% respondeu estar mal informado, 58% responderam estar pouco informado, 33% se sentem informados e 04% se sente muito bem informado sobre a temática. Em relação à frequência na realização das transfusões, 33% dos participantes referem realizar procedimentos transfusionais diariamente, 63% semanalmente e 04% mensalmente.

As atividades referentes ao ciclo produtivo do sangue devem ser realizadas por profissionais de saúde em número suficiente, habilitados e capacitados para a realização dessas atividades. Além do mais, as instituições de saúde que desenvolvem a prática hemoterápica devem garantir capacitação e constante atualização do profissional envolvido nos procedimentos, mantendo os respectivos registros, bem como cumprir as determinações legais.^{3,4}

Nesse sentido, considerando a alta frequência com que são realizados procedimentos transfusionais na instituição em análise, os profissionais que atuam diretamente nessa prática necessitam deter o conhecimento necessário tanto para prestar assistência de qualidade quanto para prover sua própria segurança no ambiente de trabalho.⁵ Dessa forma, é pertinente a inferência de que, há uma necessidade de elaboração e execução de propostas de educação permanente vinculadas ao desenvolvimento e qualificação das ações necessárias para a prática hemoterápica.

Os profissionais foram questionados sobre se recebiam treinamentos para a prática transfusional, 46% responderam que não receberam treinamentos sobre essa prática. Já, 63% enfermeiros responderam que não receberam treinamentos relacionados à atuação em casos de reação transfusional, conforme Tabela 03.

Tabela 03 - Frequência relatada sobre o recebimento de treinamentos sobre prática hemoterápica e hemovigilância pela instituição.

Treinamento sobre	Sim		Às Vezes		Não	
	n	%	n	%	n	%
Prática Transfusional	04	17	09	38	11	46
Identificar e proceder em casos de reação transfusional	04	17	05	21	15	63

Os enfermeiros foram questionados sobre se tinham segurança quanto às condutas a serem adotadas em caso de reação transfusional. Do total dos participantes 33% dos profissionais responderam ter segurança nas condutas a serem tomadas frente a uma reação, 46% afirmaram que as vezes tinham segurança e 21% que não sentiam segurança na tomada de decisão frente a uma reação transfusional. Diante disso, cabe destacar que há a possibilidade da ocorrência frequente de condutas inadequadas frente as reações transfusionais, devido ao número reduzido de profissionais que afirmaram ter segurança nessas situações. A conduta inadequada frente a uma reação transfusional pode comprometer o progresso clínico do paciente. Além disso, podem não contribuir com o ciclo produtivo do sangue impedindo que, ações de correção e melhoria sejam estabelecidas pelos setores competentes visto que, não são encaminhados para estes, as dúvidas relacionadas ao procedimento transfusional.⁶

Em estudo realizado com objetivo de evidenciar o conhecimento da equipe de enfermagem em relação aos cuidados aos pacientes em terapia transfusional, evidenciou-se a necessidade da equipe de enfermagem de buscar maiores conhecimentos sobre a sua prática. Tendo em vista que, os pacientes receptores quase que exclusivamente, se encontravam aos cuidados da equipe de enfermagem.⁵

Os resultados obtidos na presente pesquisa corroboram com estudos realizados, uma vez que a maioria dos profissionais respondeu não receber nenhum treinamento relacionado à prática transfusional, bem como, sobre identificar e proceder em casos de reação transfusional. Portanto, é evidente a necessidade de treinamentos em serviço que visem adequar a prática profissional para atender ao disposto na legislação vigente, uma vez que

[...] De nada adianta produzir hemocomponentes de qualidade e entregá-los para uso nas mãos de pessoas despreparadas ou desatualizadas. O

grande objetivo é produzir conhecimento específico e atualizado, sendo necessário rever o processo de formação e os programas de treinamento desses profissionais [...].^{6:s/p}

A terapia transfusional é complexa e exige conhecimentos específicos em todo seu processo e, para tanto, necessita de profissionais capacitados para que os procedimentos hemoterápicos sejam realizados com o máximo de segurança. Considerando o disposto na Resolução 306/2006 do Conselho Federal de Enfermagem que, fixa como competências e atribuições do enfermeiro na área de hemoterapia planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de hemoterapia nas unidades de saúde.⁷

As necessidades educativas partem da realidade do trabalho devendo unir preceitos teóricos – uma vez que a formação técnica ou acadêmica não supre integralmente as necessidades da vida profissional - com a experiência dos trabalhadores. Isso, com a finalidade de fortalecer uma prática crítica utilizando o conhecimento acumulado.⁵

Ações de enfermagem na fase pré-transfusional

Quando questionados sobre em qual momento os profissionais de enfermagem realizavam a rotulagem das amostras a serem enviadas para análise para posterior transfusão, um total de 63% dos enfermeiros afirmou que a rotulagem era feita no posto de enfermagem da unidade, 33% realizavam a rotulagem na cabeceira do leito logo após a coleta do material e 04% referiu realizar a rotulagem tanto no posto quanto a beira leito.

Sabe-se que todas as amostras devem ser rotuladas no momento da coleta. A identificação deve ser completa, com nome completo do receptor sem abreviaturas, seu número de identificação, identificação de quem realizou a coleta e data da mesma, sendo também, recomendável a identificação por código de barras ou etiqueta impressa.⁴

Nesse sentido, pode-se afirmar que, cerca de 63% da população da pesquisa não segue o preconizado pela legislação e que tal prática tende a indução do erro. Isso se deve ao fato de que, considerando a demanda de trabalho e o aporte de recursos humanos nem sempre adequados, há a possibilidade de esquecimento do nome do paciente ou até mesmo de troca de pacientes.²⁻⁴

Os participantes da pesquisa foram questionados sobre a confirmação da identificação do paciente com a identificação da bolsa a ser transfundida. Demonstrando que, 100% dos participantes responderam que realizam essa comparação sendo que desse total 96% comparam os nomes antes do procedimento e 04% realiza antes e durante o procedimento.

De acordo com a legislação vigente, o receptor deve ser identificado imediatamente antes da transfusão através da informação de seu nome completo pelo mesmo ou por seu acompanhante. Caso haja qualquer discrepância entre a identificação do receptor e a constante da bolsa, a transfusão deverá ser suspensa até o esclarecimento do fato. A finalidade da correta identificação do paciente é reduzir a ocorrência de incidentes, assim, o processo de identificação deve assegurar que o cuidado seja prestado à pessoa para a qual se destina. Dessa forma, o paciente deve estar identificado corretamente, o que tende a reduzir a possibilidade de erro na identificação do receptor na hipótese de este não se encontrar consciente e orientado.⁸

Quando questionados sobre o conhecimento referente ao sistema ABO-Rh, 50% responderam que conheciam bem o sistema sanguíneo ABO-Rh e 50% responderam não conhecer bem tal sistema.

Os participantes da presente pesquisa, foram questionados sobre qual o tipo sanguíneo é considerado o doador e o receptor universal, conhecimento considerado básico na realização de terapia transfusional. Dessa forma, 88% responderam que o tipo sanguíneo O negativo é o doador universal e 13% dos enfermeiros responderam ser o tipo O positivo. Quanto ao tipo sanguíneo considerado receptor universal 79% responderam ser o tipo AB positivo, 17% referem ser o tipo O positivo e 04% diz ser o tipo O negativo totalizando, portanto, 21% dos participantes que responderam inadequadamente a esta questão.

Entretanto, considerando a realidade institucional de que o maior número de transfusões foi realizada no Pronto Socorro, local onde são atendidos pacientes em graves condições, cabe destacar que na hipótese de transfusão de urgência ou emergência, a liberação de sangue total ou concentrado de hemácias, antes do término dos testes pré-transfusional, poderá ser feita, desde que o quadro clínico do paciente justifique a emergência. Nos casos de transfusão na modalidade de emergência, em que não houver tempo para tipagem do sangue do receptor, é recomendável o uso de hemácias O Rh negativo, entretanto, caso não haja esse tipo de sangue em estoque suficiente no serviço de

hemoterapia, poderá ser usado O Rh positivo, sobretudo em pacientes do sexo masculino ou em pacientes de qualquer sexo com mais de 45 anos de idade.^{3,4}

Quando questionados sobre se realizavam orientações sobre os benefícios da transfusão 13% dos participantes responderam positivamente. Quanto às orientações sobre os riscos da terapia transfusional, 04% responderam realizar essa orientação enquanto 63% referiram não realizar nenhuma orientação sobre os riscos dessa terapia. No que tange à informação sobre os sinais e sintomas que podem indicar a presença de uma reação transfusional, 17% dos enfermeiros responderam realizar essa orientação, de acordo com a Tabela 04.

Tabela 04 - Frequência relatada de orientações recebidas sobre riscos, benefícios e sinais e sintomas relacionados à transfusão sanguínea.

Orientação sobre	Sim		Às Vezes		Não	
	n	%	n	%	n	%
Benefícios	03	13	14	58	01	04
Riscos	01	04	08	33	15	63
Sinais e Sintomas	04	17	10	42	10	42

Todas as fases e riscos que envolvem o ato transfusional devem ser informados aos pacientes ou familiares pelos profissionais de saúde antes que se inicie o procedimento transfusional.^{3,4-6} Os resultados apontam que algumas vezes os pacientes são orientados quanto aos benefícios, mas, não quanto aos riscos. De um modo geral, a terapia transfusional demanda conhecimento das técnicas de aplicação, riscos e intervenção de forma efetiva em possíveis complicações.⁵

Ações de enfermagem durante a transfusão

No que diz respeito ao acompanhamento e monitoramento do procedimento transfusional em todo seu transcurso, 58% responderam acompanhar e monitorar o paciente, enquanto 33% responderam que o acompanhamento era realizado às vezes e 08% não acompanhavam a transfusão até o fim. Do total de participantes 33% afirmaram que o paciente era periodicamente monitorado/acompanhado pelo profissional que a instalou durante os 10 primeiros minutos à beira do leito, enquanto que 42% o faziam às vezes e 25% não relataram esse acompanhamento.

A transfusão deve ser monitorada durante todo seu transcurso, devendo a mesma ser acompanhada pelo profissional que a instalou durante os 10 primeiros minutos à beira do leito. O enfermeiro possui como função acompanhar e supervisionar as atividades realizadas pelos técnicos de enfermagem e atenção especial nos primeiros minutos do procedimento transfusional.^{3,4} Dessa forma, assistir de maneira integral o doador, o receptor e seus familiares, tendo como base o Código de Ética dos profissionais de enfermagem e as normas vigentes também são competências e atribuições do enfermeiro.⁷

Recomenda-se iniciar a infusão de forma lenta, permanecendo junto ao paciente o profissional responsável pelo procedimento transfusional. Objetivando a avaliação de possíveis alterações nos dados vitais, uma vez que, é comum a ocorrência de reações transfusionais no início da infusão e, a observação permite uma pronta intervenção caso a reação ocorra.⁵ Nesse sentido, compete ao enfermeiro além da execução, a supervisão da administração e a monitorização da infusão de hemocomponentes e hemoderivados, atuando nos casos de reações adversas.⁷

Quanto à identificação dos sinais e sintomas de reações adversas relacionadas ao uso de hemocomponentes durante e posterior ao processo transfusional, a maioria afirmou que às vezes são facilmente identificados durante a transfusão. Entretanto, esse quadro se intensifica quando a reação ocorre posteriormente à transfusão, conforme Tabela 05.

Tabela 05 - Frequência relatada sobre a identificação de sinais e sintomas indicativos de reação transfusional durante e após o procedimento da transfusão sanguínea.

Identificação de sinais e sintomas	Sim		Às Vezes		Não	
	n	%	n	%	n	%
Durante o procedimento	09	38	12	50	03	13
Pós-transfusional	02	08	16	67	06	25

Tanto no reconhecimento dos sinais e sintomas durante a terapia quanto posterior a mesma, 50% e 67%, respectivamente, responderam às vezes. Dessa forma, nem sempre o evento adverso relacionado ao sangue e seus componentes são identificados e notificados como necessário.^{3,4}

Os enfermeiros foram questionados sobre o retorno da informação caso uma reação seja confirmada e notificada, 25% responderam que tomam conhecimento se uma reação é confirmada ou não, 17% responderam que às vezes tem acesso a essa informação e, 58% responderam que essa informação não chega até eles depois de concluídas as investigações. Isso nos remete à inferência de que não há retorno das investigações realizadas para aquele profissional que muitas vezes é o responsável pela identificação da reação transfusional.

O enfermeiro participa das ações de hemovigilância desde o momento do recebimento do hemocomponente na unidade. Deve realizar adequada identificação e inspeção, prestando assistência e orientação ao paciente durante o procedimento até o momento pós transfusional no qual ainda há a possibilidade de desenvolvimento de reação relacionada ao uso do hemocomponente.

Na ocorrência de incidente transfusional, o enfermeiro ao tomar decisões como a que se refere à devolução do componente ao serviço de hemoterapia está prestando assistência e ao mesmo tempo integrando uma ação de hemovigilância. O mesmo ocorre quando este profissional é devidamente capacitado a identificar os sinais e sintomas de um incidente transfusional e intervir prontamente iniciando o processo de notificação. Dessa forma, contribui para que a instituição tenha acesso a dados mais fidedignos e para que haja redução dos níveis de subnotificação dos eventos relacionados ao sangue e seus componentes.

Considerações finais

O estudo evidencia a importância do enfermeiro na prática transfusional, porquanto, necessita acompanhar a legislação vigente bem como, as atualizações referentes ao conhecimento específico dessa prática, visto que, a transfusão de hemocomponentes e hemoderivados consiste em um processo complexo não isento de riscos.

Os resultados apontam que, os enfermeiros se sentem pouco informados no que tange à prática hemoterápica e que nem sempre procedem com segurança frente a uma reação transfusional. Assim, é possível relacionar esses dados com a baixa realização de treinamentos tanto sobre a prática transfusional quanto sobre como identificar e proceder quando da ocorrência de reação transfusional.

Nesse sentido, há que se criar alternativas de capacitação permanente, pois o treinamento gera maior eficiência no trabalho, à medida que fornece ao profissional os conhecimentos de que precisa para fazer suas atividades. Tudo isso se torna fundamental para as ações de enfermagem, na terapia transfusional.

Ao avaliar a conformidade das práticas do enfermeiro, no que tange à terapia transfusional, bem como a participação nas ações de hemovigilância, permitiu o levantamento de como esses profissionais estão trabalhando com essa temática e se suas ações contribuem para a segurança do paciente. Nesse sentido, a pesquisa possibilitou a identificação de lacunas relacionadas à atuação do enfermeiro e algumas delas tendem a contribuir para subnotificação de incidentes transfusionais. A prática hemoterápica requer cada vez mais profissionais qualificados, garantindo dessa forma, qualidade e segurança no processo transfusional, para tanto, investimentos em capacitação e permanente atualização profissional são necessários para qualificar a assistência.

Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde (BR). Manual técnico de hemovigilância. Brasília: Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa; 2004.
2. Ministério da Saúde (BR). Hemovigilância: Manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas. Brasília: Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa; 2007.
3. ANVISA. Resolução RDC nº 57, de 16 de dezembro de 2010. Determina o Regulamento Sanitário para Serviços que desenvolvem atividades relacionadas ao ciclo produtivo do sangue humano e componentes e procedimentos transfusionais. Diário Oficial da União, Poder Executivo, 17 dez. 2010.
4. BRASIL. Portaria nº 2.712, de 12 de novembro de 2013. Redefine o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. Diário Oficial da União nº 221, 13 nov. 2013. Seção 1, p. 106.
5. Silva LAA da, Somavilla MB. Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre terapia transfusional. Cogitare enferm. 2010;15(2):327-33.
6. Silva KFN, Soares S, Iwamoto HH. A prática transfusional e a formação dos profissionais de saúde. Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2009.
7. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 306/2006. Normatiza a atuação do Enfermeiro em Hemoterapia.
8. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de Identificação do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa; Fiocruz. Protocolo Integrante do Programa Nacional de Segurança do Paciente.

Halana Batistel Barbosa

Endereço para correspondência –

E-mail: halanabarbosa@hotmail.com

Lattes: <http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4204263A5>

Anair Lazzari Nicola – anairln@yahoo.com.br

Recebido em 03 de junho de 2014.

Publicado em 09 de outubro de 2014.

Caracterização demográfica de usuários do ambulatório de saúde mental de Santa Maria – RS

Aline Sarturi Ponte¹ Ana Cristina Von Bock Bolli² Maria Saleti Lock Vogt³ Miriam Cabrera Corvelo Delboni⁴ Rosimara Adília Piovezan⁵

RESUMO

Objetivo – caracterizar demograficamente os usuários do ambulatório de saúde mental de Santa Maria/RS. Metodologia – é uma pesquisa de caráter descritivo, com análise quantitativa, coletaram-se dados de 708 prontuários. Resultados – observou-se a predominância do sexo feminino (74,3%); quanto à situação civil 42,7% são casados; a escolaridade da maioria (62,3%) dos sujeitos compreende o ensino fundamental completo; 51,7% dos usuários são adultos (40 – 65 anos de idade); o diagnóstico mais citado está entre o F30 – F39 em 53%; o comprometimento funcional variou entre pouco e muito, alcançando quase a totalidade dos indivíduos. O uso de medicamentos é predominante entre os pesquisados. Discussão – a avaliação de estudos demográficos é necessária para o conhecimento do perfil dos usuários de um serviço com o foco de traçar objetivos reais de intervenção para uma determinada região. Conclusão – o estudo revelou significativos apontamentos para o delineamento de atenção à saúde no que se refere as pessoas com transtornos psíquicos.

Descritores: Demografia; Perfil de Saúde; Saúde Mental.

Demographic characteristics of users of mental health clinic in Santa Maria – RS

ABSTRACT

Objective – characterize demographically users of mental health clinic in Santa Maria / RS. Methodology – is a research is descriptive, and quantitative analysis, we collected data from 708 records. Results – There was a predominance of females (74.3%); regarding the civil status 42.7% are married; the education of the majority (62.3%) of the subjects comprising the complete primary education; 51.7% of users are adults (40-65 years old); the most cited diagnosis is between F30 - F39 in 53%; functional impairment ranged between low and high, reaching almost all individuals. The use of drugs is prevalent among those surveyed. Discussion – a review of population studies is necessary for knowledge about the users of a service with the focus of outlining real goals of intervention for a certain region. Conclusion – the study revealed significant trends for the design of health care regarding people with mental disorders.

Descriptors: Demography; Health Profile; Mental Health.

¹ Mestranda em Distúrbios da Comunicação Humana na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) Santa Maria, RS, Brasil.

² Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB), Brasília, DF, Brasil.

⁴ Doutoranda em Desenvolvimento Regional na Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz, RS, Brasil.

⁵ Terapeuta Ocupacional pelo Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), Santa Maria, RS, Brasil.

Introdução

Nos anos de 1970 o Brasil foi marcado pelo movimento sanitário cujas discussões favoreciam mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, na busca de traçar novos rumos para saúde brasileira. O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil esteve aliado a este movimento com propósito de traçar estratégias inclusivas para atenção em saúde mental em nosso país.¹

O processo da Reforma Psiquiátrica ocorreu durante a ditadura militar, época em que a medicalização era o modelo básico de intervenção. O poder centralizador do hospital psiquiátrico e o elevado índice de internações passaram a ser consideradas as causas estruturais das condições desumanas a que eram submetidos os pacientes psiquiátricos¹.

Os caminhos delineados a partir dos fatos ocorridos nesta década desencadearam na saúde mental a necessidade de intervenções que teve como propósito a inserção da pessoa com sofrimento psíquico na comunidade. Tais mudanças deram início ao desenvolvimento de terapia de grupos com pacientes, porém, essa atenção não ficou voltada somente a estes, pois os familiares também receberam suporte terapêutico com a criação dos grupos familiares.²

Avançou a visão de tratamento da pessoa com sofrimento psíquico, tendo como proposta o deslocamento da assistência segregadora no sistema asilar e em hospitais psiquiátricos, substituída pelos programas que incentivaram a volta do paciente para o convívio familiar, as residências terapêuticas e as internações em hospital geral, nas unidades psiquiátricas, porém, por um período de curta duração. Criaram-se novas modalidades de serviços para atender esta população, como Centro de Assistência Psicossocial (CAPs), Hospital-Dia, Ambulatórios de Saúde Mental, dando ênfase para o tratamento nos serviços terapêuticos da comunidade². Esta visão diferenciada contribuiu para evolução do tratamento, e também auxiliou no processo de inclusão destas pessoas ao mesmo meio social ao qual estão inseridos seus familiares e amigos.³

A Política Nacional de Saúde Mental, que norteia atualmente a Reforma Psiquiátrica, estimula práticas pautadas no território e articuladas em uma rede ampliada de serviços de saúde. Mas as lacunas ainda parecem ser grandes entre o que essas diretrizes propõem e o que se observa na realidade concreta. Ademais, as concepções e práticas em saúde mental por ventura existentes no nível básico de atenção à saúde nem sempre condizem com o esperado por parte dos que formulam a Reforma Psiquiátrica Brasileira, gerando por vezes questionamentos quanto à sua real contribuição no sentido de avançar na reinserção social do portador de transtornos mentais e na desestigmatização e cuidado efetivo dessas pessoas.⁴

A Organização Mundial da Saúde aponta que os transtornos mentais de cerca de 450 milhões de pessoas ainda estão longe de receberem a mesma relevância dada à saúde física, sobretudo nos países em desenvolvimento. Frente aos dados apresentados pela OMS considera-se relevante o desenvolvimento de estudos na área de saúde mental, assim como a interface entre saúde coletiva e saúde mental, pois “tal vinculação permitiria o desenvolvimento de investigações na interface entre saúde coletiva e saúde mental, que permanece ainda um território quase inexplorado, potencialmente uma área emergente de máxima relevância social” (p.1054).⁶

As discussões sobre saúde mental não se restringem à cura das doenças ou a sua prevenção, mas na prática de recursos que tenham como resultados melhores condições de saúde para a população.⁷ Não interessando somente a ausência de doenças, mas o desenvolvimento integral das pessoas e da comunidade. A ênfase, então, na saúde mental, desloca-se da doença à saúde e à observação de como os seres humanos vivem em seu cotidiano.⁸ Então conhecer a população de usuários do Ambulatório de Saúde Mental de Santa Maria/RS proporcionará observar as necessidades dos usuários e do próprio serviço, sendo assim poderá contribuir para uma avaliação do serviço e capacitação pessoal para atuar junto a equipe e aos usuários do mesmo.⁶

Este estudo tem como base o seguinte objetivo, apresentar a caracterização demográfica dos usuários de um ambulatório de saúde mental do município de Santa Maria/RS.

Método

Desenvolveu-se uma pesquisa descritiva, com análise quantitativa, realizada pelo Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), edital 2010 – 2012, vinculado às instituições Centro Universitário Franciscano (UNIFRA) e Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e Ambulatório de Saúde Mental do Município de Santa Maria.

A população deste estudo compreendeu todas as pessoas agendadas para consultas com os psiquiatras do serviço, durante os meses de junho a setembro de 2011. Foram acessados somente os prontuários daqueles que compareceram às consultas. Os dados foram registrados em uma ficha que continha as informações quanto ao sexo, idade (classificados em adolescente – 12 aos 20 anos, adulto jovens – 20 aos 40 anos, adultos – 40 aos 65 anos, idosos – 65 anos em diante)⁹, ocupação, procedência, diagnósticos de doenças (agrupados por grupos de enfermidades, segundo a Classificação do Código Internacional de Doenças-10 - CID-10) (Figura 01)¹⁰, o comprometimento funcional, o uso de medicação, e encaminhamentos terapêuticos.

Figura 1 – Categorização das doenças segundo CID -10 referentes a transtornos psíquicos

F00 – F09	Transtornos mentais orgânicos inclusive os sintomáticos (Alzheimer, Demência na doença de Parkinson, Demência na doença de Pick).
F10 – F19	Transtornos mentais e de comportamento decorrentes, do uso de substâncias psicoativas (Transtornos mentais e de comportamento devidos ao uso de álcool, drogas lícitas e ilícitas, sedativos, tabaco, substâncias estimulantes).
F20 – F29	Esquizofrenia, distúrbios esquizotípicos e delirantes.
F30 – F39	Transtornos do humor (afetivos) (Episódio maníaco, Transtorno afetivo bipolar, Episódio depressivo, Transtorno depressivo recorrente, transtornos persistentes do humor).
F40 – F49	Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (Transtornos fóbico-ansiosos, obsessivo-compulsivo, dissociativos, Reação a estresse grave e transtornos da adaptação).
F50 – F59	Síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e fatores físicos (Transtornos Alimentares, não-orgânicos o sono, Disfunção sexual não causada por transtorno ou doença orgânica, Abuso de substâncias que não produzem dependência).
F60 – F69	Transtornos de personalidade e de comportamento em adulto (Transtornos específicos de personalidade, de personalidade mistos e outros, de hábitos e impulsos, da identidade sexual, da preferência sexual)
F70 – F79	Retardo mental (Retardo mental leve, moderado, grave, profundo, Outro retardo mental, Retardo mental, não especificado).
F80 – F89	Transtornos do desenvolvimento psicológico (Transtornos específicos do desenvolvimento da fala e da linguagem, das habilidades escolares, transtorno específico do desenvolvimento da função motora, mistos do desenvolvimento, globais do desenvolvimento)
F90 – F99	Transtornos emocionais e de comportamento com início ocorrendo habitualmente na infância ou adolescência e transtorno mental não especificado (Transtornos hipercinéticos, de conduta, mistos de conduta e das emoções, emocionais com início especificamente na infância, do funcionamento social com início especificamente na infância ou na adolescência)

Fonte: Quadro organizado pelas autoras, segundo os critérios do CID-10.

Adotou-se a denominação “múltiplos” para os pacientes que apresentavam duas ou mais patologias descritas no prontuário. Para os pacientes novos que estavam em processo de investigação da doença utilizou-se o termo “em avaliação”.

Os dados foram armazenados no Microsoft Office Excel 2007 e a análise foi processada no Software SPSS versão 13.0. Ao analisar as variáveis quantitativas (idade e tempo da doença) verificou-se que as mesmas não possuíam distribuição normal, com isso, foi utilizada a análise estatística não-paramétrica. Foram realizados os testes Shapiro - Wilk's e Kolmogorov-Smirnov.^{11,12} para os dados de normalidade. Para verificar a existência de associação entre as variáveis foi realizado o teste de Qui-quadrado (teste de independência) e para outros cruzamentos com variáveis quantitativas e qualitativas utilizou-se o teste U de Mann - Whitney e Kruskal - Wallis. A significância estatística utilizada na realização dos testes foi de 5% ($p \leq 0,005$).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal Santa Maria - UFSM, sendo aprovado em 14/06/2011, com processo de encaminhamento N° 23081.008032/2011-67, conforme prevê a Resolução 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que visa fundamentalmente normatizar as pesquisas que envolvem seres humanos.

Os resultados, a seguir, expressam uma caracterização dos usuários que receberam atendimento psiquiátrico ambulatorial e frequentaram o serviço no período em estudo.

Resultados

Foram analisados 708 prontuários dos usuários do Ambulatório de Saúde Mental de Santa Maria/RS e a partir dos dados coletados traçou-se um perfil da população assistida neste serviço (Tabela 1). Do total de prontuários 25,7% correspondiam a sujeitos do sexo masculino e 74,3% correspondiam ao sexo feminino. Dentre os prontuários analisados observou-se que 42,7% os sujeitos casados apresentavam alguma patologia psiquiátrica.

Ao levantar dos dados referentes a escolaridade, contou-se um baixo nível escolar, pois a maioria dos usuários do serviço apresentam o Ensino Fundamental (62,3%) como base escolar. Observou-se que mesmo com tantos programas voltados a educação algumas pessoas ainda não tem acesso a esta, pois 1,8% dos participantes eram Analfabetos. E quanto aos outros níveis escolares, o Ensino Médio representou 24,3% e o Ensino Superior 0,7% dos usuários. Alguns prontuários estavam incompletos representando 10,9% dos mesmos.

O período etário de maior concentração neste estudo foi a idade adulta, entre 40 e 65 anos (51,7%) e a terceira idade, dos 65 em diante (24,2%) o que parece influenciar no computo de doenças mentais. Os adultos jovens (20 a 40 anos) representam 23,6% e os adolescentes 0,6% dos dados coletados.

Tabela 1 – Caracterização dos usuários de um ambulatório de saúde mental/CAPS em um município do RS (n=708).

Variáveis	Frequência (n)	Percentual (%)
Sexo		
Feminino	526	74.3
Masculino	182	25.7
Situação Civil		
Casado	302	42.7
Divorciado	108	15.3
Solteiro	196	27.7
Viúvo	43	6.1
Não respondeu	59	8.3
Escolaridade		
Analfabeto	13	1.8
Ensino Fundamental	441	62.3
Ensino Médio	172	24.3
Ensino Superior	5	0.7
Não Respondeu	77	10.9
Período etário		
Adolescência (12 a 20 anos)	4	0,6
Adulto Jovem (20 a 40 anos)	167	23,6
Adulto (40 a 65 anos)	366	51,7
Idoso(65 anos em diante)	171	24,2

Diagnóstico		
F00 - F09	1	0.1
F10 - F19	5	0.7
F20 - F29	39	5.5
F30 - F39	375	53.0
F40 - F49	94	13.3
F50 - F59	4	0.6
F60 - F69	20	2.8
F70 - F79	26	3.7
F 90 - F99	2	0.3
Múltiplos 28	115	16.2
Em avaliação	27	3.8
Comprometimento Funcional		
Com interferência	302	42.7
Com pouco	374	52.8
Nenhum	32	4.5
Uso de medicamento		
Não	2	0.3
Sim	706	99.7

No que se refere aos dados de saúde, o diagnóstico mais decorrente está entre o F30 – F39 (53%), que compreende as patologias descritas como Transtornos do humor (afetivos), Episódio maniaco, Transtorno afetivo bipolar, Episódio depressivo, Transtorno depressivo recorrente, transtornos persistentes do humor. Os sujeitos que apresentavam dois ou mais diagnósticos em seu prontuário apresentam-se na Tabela 1 como Múltiplos estes sujeitos representaram 16,2% dos sujeitos. Os Transtornos neuróticos, relacionados ao estresse e somatoformes (F40 – F39) representado 53% dos usuários.

Além destes são atendidos também os Transtornos Esquizofrênicos (5,5%), o Retardo Mental (3,7%), Transtornos de personalidade e de comportamento em adultos (2,8%), Transtornos mentais e de comportamento decorrentes, do uso de substâncias psicoativas (0,7%), Síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e fatores físicos (0,6%), Transtornos emocionais e de comportamento com início ocorrendo habitualmente na infância ou adolescência e transtorno mental não especificado (0,3%), Transtornos mentais orgânicos inclusive os sintomáticos (0,1%), mas ainda encontravam-se em avaliação 3,8% dos sujeitos atendidos pelo ambulatório.

Quanto à condição de funcionalidade dos sujeitos variou entre pouca interferência e muita interferência em quase a totalidade de 95,5%. Verificou-se que há o predomínio de medicalização em 99,7% dos casos. Notou-se que a utilização de medicamentos é a principal prática terapêutica na rede pública de saúde do município, já que não se identificou encaminhamentos a outros tratamentos terapêuticos nos prontuários avaliados.

Quando analisado a respeito do diagnóstico em relação ao sexo a associação revelou significância ($p < 0,0001$) com predomínio no sexo feminino e o diagnostico corresponde ao F30 - F39 (Síndromes comportamentais associadas a distúrbios fisiológicos e fatores físicos) (Tabela 2). Já os diagnósticos associados ao sexo masculino são os transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (F10 – F19), esquizofrenia, distúrbios esquizotípicos e delirantes (F20 – F29), retardo mental (F70 – F79), transtornos emocionais e de comportamento com início ocorrendo habitualmente na infância ou adolescência e transtorno mental não especificado (F90- F99) e múltiplos.

Tabela 2 – Resultados da correlação entre as variáveis diagnóstico e sexo

Diagnóstico	Grupos				P-valor
	Feminino		Masculino		
	N	%	N	%	
F00 - F09	1	(0,2)	0	(0,0)	<0,0001
F10 - F19	1	(0,2)	4	(2,2)	
F20 - F29	20	(3,8)	19	(10,4)	
F30 - F39	302	(57,4)	73	(40,1)	
F40 - F49	75	(14,3)	19	(10,4)	
F50 - F59	3	(0,6)	1	(0,5)	
F60 - F69	13	(2,5)	7	(3,8)	
F70 - F79	12	(2,3)	14	(7,7)	
F90 - F99	0	(0,0)	2	(1,1)	
Múltiplos	77	(14,6)	38	(20,9)	
Em avaliação	22	(4,2)	5	(2,7)	

Pode-se observar na tabela 2 que existe associação entre o diagnóstico e a idade em classes (($p < 0,0001$). Os diagnósticos associados aos usuários na adolescência são os por transtornos emocionais e os de comportamento com início ocorrendo habitualmente na infância ou adolescência e o transtorno mental não especificado (F 90 – F 99). Os diagnósticos associados aos pacientes adultos jovens são múltiplos, visto que pessoas com sofrimento psíquico que apresentam duas ou mais patologias associadas. Os diagnósticos associados às pessoas idosas são os transtornos do humor (afetivos) (F 30 – F 39) (Tabela 3).

Tabela 3 – Diagnóstico x Idade

Diagnósticos	Idade por classe								p-valor
	Adolescência		Adulto Jovem		Meia idade		Terceira Idade		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
F00 - F09	0	(0)	0	(0)	0	(0)	1	(0,6)	< 0,0001
F 10 - F19	0	(0)	1	(0,6)	3	(0,8)	1	(0,6)	
F20 - F29	0	(0)	10	(6,0)	15	(4,1)	14	(8,2)	
F 30 - F39	1	(25,0)	72	(43,1)	198	(54,1)	104	(60,8)	
F 40 - F49	1	(25,0)	23	(13,8)	46	(12,6)	24	(14,0)	
F 50 - F59	0	(0)	3	(1,8)	1	(0,3)	0	(0)	
F60 - F69	0	(0)	7	(4,2)	10	(2,7)	3	(1,8)	
F70 - F79	0	(0)	15	(9,0)	9	(2,5)	2	(1,2)	
F 90 - F99	2	(50,0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	
Múltiplos	0	(0)	32	(19,2)	70	(19,1)	13	(7,6)	
Em avaliação	0	(0)	4	(2,4)	14	(3,8)	9	(5,3)	

O ambulatório de saúde mental presta serviço a todas as regiões administrativas do município de Santa Maria/RS como representado na figura 2. A maior demanda procede da região oeste (36,2%), seguida pelas regiões, centro com 15,3%, norte (14,7%), sul com 8,1%, leste (7,3%), nordeste (6,8%), centro oeste (4,2%), os distritos rurais com 3,7% e centro leste com 3,2% dos usuários. Este serviço também atende pessoas encaminhadas de municípios vizinhos (0,6%).

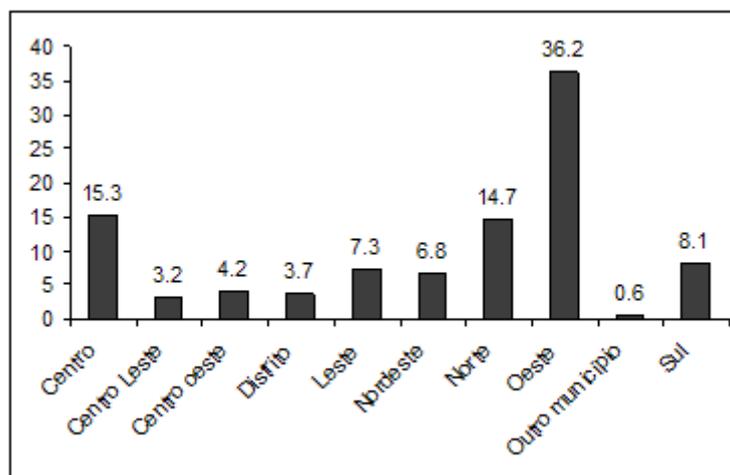


Figura 2 – Distribuição dos usuários segundo a região de procedência.

Observa-se um grande interesse na compreensão e identificação dos quadros clínicos e também no delineamento de estudos voltados para o atendimento dos casos. Entretanto, mesmo considerando esses aspectos, a produção nacional em saúde mental necessita de maior investimento nos objetivos de intervenção e prevenção.

Discussões

Ao analisar os dados coletados no ambulatório de saúde mental de Santa Maria/RS observou-se predominância do sexo feminino em sua maioria adultos, faixa etária que corresponde dos 40 aos 65 anos de idade (Tabela 1). “Os estudos de base populacional realizados em países ocidentais têm mostrado que cerca de 35% da população geral adulta não institucionalizada apresenta algum transtorno mental ao longo da vida” (p.44).¹³

Na idade adulta (40 e 65 anos) surgem inúmeras diferenças entre homens e mulheres em relação aos transtornos mentais. É uma fase marcada por transformações, as pessoas deparam-se com diferentes situações potencialmente estressoras, desemprego, necessidade de manutenção do emprego, criação dos filhos, o relacionamento enquanto casal relações interpessoais, preparação para aposentadoria e a própria aposentadoria, entre outros que podem ocorrer neste período, estão associados ao aparecimento e/ou à maior severidade em grande parte dos distúrbios psiquiátricos.¹⁴

Ao analisar a amostra total observou-se que diagnóstico predominante no serviço é o F 30 – F39 (Tabela 1), mas cruzarmos os dados diagnóstico e sexo (Tabela 2) observa-se que no sexo feminino o diagnóstico predominantes é o F30 – F39. A mulher apresenta vulnerabilidade acentuada a sintomas ansiosos e depressivos, principalmente associados ao período reprodutivo.¹⁵ Estudos apontam que a dupla jornada de trabalho (casa e trabalho) pode ser um fator contribuinte para o desencadeamento de patologias das mais diversificadas, além disso, os quadros depressivos têm representado o terceiro problema de saúde em mulheres nos países desenvolvidos e o quinto em países subdesenvolvidos, depois de causas maternas e de algumas doenças transmissíveis.⁷

Já no sexo masculino os diagnósticos apresenta-se distribuídos entre F10 – F19, F20 – 29, F 70 – F 79, F90 – F99 e diagnósticos múltiplos (Tabela 2). Os homens apresentam uma maior prevalência de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo álcool, transtornos de personalidade, esquizotípica, transtornos do controle de impulsos e de déficit de atenção e hiperatividade na infância e na vida adulta¹³.

A relação do diagnóstico e da idade (Tabela 3) demonstrou que os adolescentes são mais acometidos pelos transtornos de conduta, atenção e hiperatividade e transtornos emocionais são os mais comuns entre os adolescentes (12 aos 20 anos). A discussão no meio acadêmico e clínico sobre estas patologias são importantes, porque resultam em sofrimento na adolescência e àqueles com quem convivem e, também, porque interferem no desenvolvimento psicossocial e educacional, podendo gerar problemas psiquiátricos e problemas no relacionamento interpessoal na vida adulta.¹⁶ Frente a estes dados observa-se a necessidade da criação de estratégias de atenção a saúde mental, visa-se a importância da implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários especializados na atenção a adolescência.

“A prevalência de transtornos mentais em adultos jovens (20 aos 40 anos) é alta, podendo chegar a 25 – 40%, possivelmente porque nesta fase a maioria dos transtornos psiquiátricos ocorre em frequências mais elevadas na

população.” (p. 27)¹⁴ Um estudo realizado em Pelotas/RS aponta, a pobreza, desemprego, tabagismo, doenças crônicas, indivíduos com baixo apoio social ou que sofreram eventos estressantes, indivíduos com baixa escolaridade ou cujas mães tinham baixa escolaridade, que nasceram com baixo peso, como fatores que contribuem para o surgimento de transtornos mentais em adultos.¹⁸ Ao atingir a idade adulta (40 aos 65 anos) estes “deparam-se com diferentes situações potencialmente estressoras como a criação dos filhos, o relacionamento enquanto casal, relações interpessoais, necessidade de manutenção do emprego e a própria aposentadoria.” (p.71)¹⁷

O baixo nível escolar é um fator que é citado como um causador de transtornos mentais a longo prazo.¹⁵ Uma pesquisa realizada por Lopes, Faerstein, Chor (2003) no município de Pelotas/RS demonstra que o baixo nível de educação, que foi acima de 50%, os autores desde estudo sugerem que se a educação superior fosse disponibilizada igualmente para toda a população este resultado poderia reduzir-se a metade.¹⁸

Os dados apresentados sobre escolaridade na Tabela 1 corroboram com os estudo citados anteriormente, demonstrando que o baixo nível escolar pode ser um fator contribuinte para o desenvolvimento de transtornos mentais. Um estudo realizado em Pelotas/RS aponta, baixo apoio social ou que sofreram eventos estressantes, indivíduos com baixa escolaridade ou cujas mães tinham baixa escolaridade, que nasceram com baixo peso, como fatores que contribuem para o surgimento de transtornos mentais em adultos.¹⁹

A funcionalidade “indica os aspectos positivos da interação entre um indivíduo e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais).” (p. 165)²⁰ Os transtornos mentais em geral causam considerável comprometimento funcional, assim representando um imenso desafio para o sujeito, seus familiares e cuidadores.^{20, 21} Observa-se (Tabela 1) nos dados coletados que o transtorno mental contribui para um déficit na funcionalidade dos sujeito acometidos por transtornos mentais, resultando em limitações cotidianas, ou seja comprometimento em suas atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, atividades de laborais e de lazer. O impacto destas patologias acarreta, prejuízos na funcionalidade e diminuição da qualidade de vida de seus portadores.²¹

Os medicamentos são o principal foco de intervenção do ambulatório (Tabela 1). Diante desta realidade observa-se necessidade de conscientização da equipe médica para o encaminhamento destes usuários a outros de tratamentos como psicológico, terapêutico ocupacional e psicopedagógico para os adolescentes. A prescrição e o consumo excessivo de medicamentos psicotrôpicos são fenômenos presentes no cotidiano dos serviços públicos de saúde, mas não só em nossa realidade. Tal consumo está relacionado ao papel exercido pela indústria farmacêutica na atenção à saúde, à força do modelo biomédico ancorado na biologia do processo saúde/doença, às concepções e práticas de saúde, bem como às demandas de felicidade características da modernidade, concretizáveis por meio dos medicamentos, especialmente os psicotrôpicos.

A administração medicamentosa durante o período de tratamento apresenta contribuições para o sujeito, mas as formas de administração destes medicamentos são fatores preocupantes para órgãos públicos envolvidos com a saúde, tanto internacionais, como a OMS e Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), como nacionais, Ministério da Saúde (MS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa).²²

O “uso racional” de medicamentos é um assunto discutido em vários encontros de saúde, exemplo destes são, a 39º Assembleia Mundial de Saúde e a Conferência Mundial sobre o Uso Racional de Medicamentos em 1985 em Nairobi. Na 39º Assembleia Mundial de Saúde foi criada a Resolução WHA 39.27 (World Health Association), esta preconiza que a prescrição deve ser de acordo com as necessidades clínicas, em doses adequadas às suas particularidades individuais, por período de tempo necessário e com o menor custo para eles e sua comunidade. No Brasil o uso de medicamentos é controlado pela Portaria 3.916/98 do MS, a Política Nacional de Medicamentos, que estabelece bases e diretrizes, e determina prioridades, entre elas a promoção do uso racional de medicamentos, fortalecida pelo Decreto 3.181/99, pela Resolução 391/99 e por decretos posteriores, que regulamentam diversos fatores relativos à implantação da política de medicamentos genéricos no Brasil.²³

Observa-se que a população que reside nesta região oeste (Figura 2) da cidade vive em situação de vulnerabilidade social, este é um bairro que não apresenta saneamento básico em alguns pontos, faz vizinhança com um depósito de lixo (lixão), algumas ruas não são asfaltadas, as crianças tem acesso à escola, mas muitas passam a maior parte do tempo nas ruas, o modo de sobrevivência de algumas famílias vem da coleta de materiais recicláveis.

A vulnerabilidade social revela-se na violência cotidiana a qual estão submetidas estas famílias na necessidade de buscar o sustento da casa e na falta de atividades que lhe sejam significativas no contexto familiar e escolar²⁴. É importante ressaltar que o serviço em estudo não é o único serviço especializado para atender pessoas com sofrimento

psíquico, pois o município conta também com os atendimentos nos CAPs e em três hospitais locais que também ofertam atendimentos psiquiátricos no município, porém, estes serviços não foram objeto da pesquisa.

Frente a estes dados observa-se a necessidade da criação de estratégias de atenção a saúde mental, visa-se a importância da implantação e implementação de serviços de saúde mental comunitários especializados na atenção a adolescência. Os estudos epidemiológicos em saúde mental no Brasil devem ser estimulados, pois suas informações caracterizam as pessoas em seus próprios ambientes, o que amplia a visão médica tradicional, mais concentrada em hospitais que na comunidade.

O aumento de estudos nesta área poderá indicar quadros psicopatológicos e fatores associados referentes a cada região e cultura. A partir do conhecimento, pode-se desenvolver e implantar serviços comunitários em saúde mental de forma que o desenvolvimento dos serviços sustente-se, que este atenda as necessidades da região a qual esta implantada, considerando as características específicas da região e do contexto social brasileiro.

Considerações Finais

O estudo revelou significativos apontamentos para o delineamento de atenção a saúde no que se refere as pessoas com transtornos psíquicos, tanto para as mulheres adultas jovens, como para as demais pessoas identificadas no estudo (adolescentes, homens e idosos). Pode-se identificar as necessidades da implantação de Políticas Públicas voltadas para atenção a saúde mental na região oeste do município de Santa Maria/RS, pois a partir do estudo realizado observou-se que a maioria dos usuários correspondem a esta região administrativa.

Sugere-se que outros estudos desta natureza sejam realizados, no sentido de possibilitar o reconhecimento do contexto da atenção em saúde mental dos municípios, uma vez que a caracterização dessa demanda viabiliza o reconhecimento de possíveis entraves existentes na infraestrutura e processo de trabalho dos serviços do Sistema Único de Saúde, que comprometem o cuidado em saúde. Esse reconhecimento, em adição, contribuirá para a elaboração de políticas públicas que visem a uma atenção de melhor qualidade, empoderando os serviços já existentes no território.

Referências Bibliográficas

1. SILVA DS, AZEVEDO DM. A reforma psiquiátrica na visão de quem cuida: percepções de profissionais do serviço residencial terapêutico. Esc. Anna Nery. 2011. vol.15, n.3, pp. 587-594.
2. Kantorski LP, Coimbra VCC, Demarco DA, Eslabão AD, Nunes CK, Guedes AC. A importância das atividades de suporte terapêutico para o cuidado em um Centro de atenção. Journal of Nursing and Health. 2011; Vol. 1, No 1.
3. Ballarin MLGS, Carvalho FB, Ferigato SH. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. O Mundo da Saúde, São Paulo: 2010; 34(4):444-450.
4. Nunes M, Juca VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad. Saúde Pública. 2007; vol.23, n.10.
5. Gomes AMA, Um olhar sobre depressão e religião numa perspectiva compreensiva. Estudos de Religião. 2011; v. 25, n. 40, 81-109.
6. ONOCKO-CAMPOS RT, FURTADO JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad. Saúde Pública. 2006; vol.22, n.5, pp. 1053-1062.
7. Pegoraro RF, Caldana RHL. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. Saúde soc. 2008; vol.17, n.2.
8. Resende MC, Almeida CP, Favoreto D, Miranda EG, Silva GP, Vicente JFP, Queiroz LA, Duarte PF, Galicioli SCP. Saúde mental e envelhecimento. 2011; Vol. 42, No 1.
9. Papalia DE, Olds SW. Desenvolvimento humano. Tradução de Daniel Bueno. 12. ed. Porto Alegre : Artmed, 2008.
10. Organização Mundial de Saúde. CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/ Organização Mundial da Saúde. São Paulo, SP: EDUSP, 2008.
11. Siegel S, CastellanNJJr. Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento. Porto Alegre, RS: Artmed, 2006.

12. Campos H. Estatística experimental não-paramétrica. 4ª ed., Piracicaba, 1983.
13. Andrade LHSG, Viana AC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. Rev. Psiq. Clín, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006.
14. Anselmi L, Barros FC, Minten GC, Gligante DP, Horta BL, Victora CG. Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. Rev Saúde Pública;42(Supl. 2), 2008.
15. Cardoso L, Galera SAF. Internação psiquiátrica e a manutenção do tratamento extra-hospitalar. Rev Esc Enferm USP; 45(1):87-94. 2011.
16. Davim RMB, Germano RM, Menezes RMV, Carlos DJD. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. REVRENE. V.10, n. 2. 2009.
17. Salles MM, Barros S. Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental. Acta Paul Enferm. 22(1):11-6. 2009.
18. Lopes CS, Faerstein E, Chor D. Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do Estudo Pró-Saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(6), 2003.
19. Queiroz VDC. A saúde mental na atenção primária. Serviço Social & Realidade, Franca, v. 19, n.1, p. 125-152, 2010.
20. Junior ARS, Souza MC. Avaliação do comprometimento funcional na esquizofrenia. Rev. Psiq. Clín. v. 34, n.2, p. 164-168, 2007.
21. Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtornos mentais e comunidade atendida pelo programa saúde da família. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 24, n.7, p. 1641-1650, 2008.
22. Brasil. Resolução nº 510 de 1 de outubro de 1999. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/legis/resolucoes/510_99.htm acessada em 23/12/2013.
23. Wanderley VE, Maia JA, Vilela, RQB. A Prescrição Medicamentosa Ambulatorial no Internato: Formação e Prática. Revista Brasileira de Educação Médica 34 (2), 2010.
24. Guedes PCW, Marques TB, D'Assunção CF, Silva MA, Barbosa LNF. Representação social, ansiedade e depressão em adolescentes puerperas. Rev. SBPH. vol.15, n.1, pp. 194-211. 2012.

Aline Sarturi Ponte

Endereço para correspondência – Venâncio Aires, 1638, apto 4. Bairro Bom fim, CEP 97010-002, Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: alinesarturi@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8576659601127889>

Ana Cristina Von Bock Bolli – anabolli@hotmail.com

Maria Saleti Lock Vogt – saletevogt@gmail.com

Miriam Cabrera Corvelo Delboni – miriamdelboni@gmail.com

Rosimara Adilia Piovezan – rosi.piovezan@hotmail.com

Enviado em 03 de junho de 2014.

Publicado em 09 de outubro de 2014.

Prevalência dos microrganismos isolados em unidades de terapia intensiva de um hospital universitário

Daniela Zanini¹

RESUMO

O presente trabalho demonstra o perfil etiológico e de sensibilidade dos microrganismos isolados dos pacientes atendidos nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria, durante o período de julho a dezembro de 2008. Para o presente estudo, foram computados os dados provenientes de espécimes como sangue, *swab* anal, lavado de cânula, ponta de cateter e *swab* ocular. Os materiais mais frequentemente enviados ao laboratório foram: hemoculturas (55,1%), *swab* anais (23,8%) e lavados de cânula (9,7%). A maior positividade quanto ao crescimento de microrganismos ocorreu nas amostras de *swab* anal (79,6%) e *swab* ocular (60,0%). Os microrganismos mais isolados foram *Staphylococcus spp.* e *Candida spp.* Um montante significativo de amostras apresentou resistência aos antimicrobianos testados. Na família *Staphylococcaceae*, 97% foram cepas produtoras de β -lactamase, 78,3% foram resistentes à oxacilina e 69,6% foram resistentes à eritromicina. Na família *Enterobacteriaceae*, 72,7% foram resistentes à ampicilina e tobramicina, 63,6% foram resistentes à gentamicina e 27,3% cepas foram produtoras de ESBL. Com base nesses dados é possível adotar medidas para a eleição da correta terapia antimicrobiana e o uso racional de fármacos.

Descritores: Infecção Hospitalar; Vigilância Epidemiológica; Resistência Bacteriana.

Prevalence of microorganisms isolated from intensive care units in a university hospital

ABSTRACT

This paper demonstrates the etiologic profile and sensitivity of organisms isolated from patients treated in the Neonatal Intensive Care Unit of the University Hospital of Santa Maria, during the period from July to December 2008. For this study, data from specimens such as blood cultures, anal swab, washed cannula, catheter tip and ocular swabs were computed. The materials most often sent to the laboratory were: blood cultures (55.1%), anal swab (23.8%) and washed cannula (9.7%). The most positive about the growth of microorganisms occurred in anal swab samples (79.6%) and ocular swab (60.0%). The most common microorganisms isolated were *Staphylococcus spp.* and *Candida spp.* A significant amount of samples were resistant to antimicrobials. In family *Staphylococcaceae*, 97% were strains producing β -lactamase, 78.3% were resistant to oxacillin and 69.6% were resistant to erythromycin. In the family *Enterobacteriaceae*, 72.7% were resistant to ampicillin and tobramycin, 63.6% were resistant to gentamicin and 27.3% strains were ESBL producers. Based on these data it is possible to implement measures for the election of the correct antimicrobial therapy and the rational use of drugs.

Descriptors: Nosocomial Infection; Epidemiologic Vigilance; Resistance Bacterial.

¹ Mestra em Ciências Biológicas: Bioquímica Toxicológica pela Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil

Introdução

A terapia intensiva pediátrica é uma especialidade médica relativamente jovem, tendo se consolidado há cerca de 50 anos, após uma epidemia de poliomielite na Escandinávia.¹ No Brasil, esta especialidade experimentou grande desenvolvimento nos últimos 20 anos, acompanhando de certa forma a tendência mundial,² sendo observado grande avanço no conhecimento médico referente ao atendimento de pacientes criticamente doentes (medicina intensiva), com modificações significativas na evolução e prognóstico dessas pessoas.³

Apesar do intenso avanço científico e tecnológico e da eficiência no reconhecimento de novos agentes infecciosos, as infecções hospitalares continuam sendo um sério problema de saúde pública. A problemática se agrava nas unidades de terapia intensiva, já que, neste ambiente, o paciente está mais exposto ao risco de infecção, haja vista sua condição clínica e a variedade de procedimentos invasivos rotineiramente realizados.^{4,5}

O *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) considera como hospitalares as infecções adquiridas intra-parto, durante a hospitalização ou adquiridas até 48 horas após a alta, com exceção das infecções transplacentárias, sendo considerada infecção hospitalar de origem materna aquela que ocorre até 48 horas de vida e infecção hospitalar de origem ambiental aquela que ocorre após 48 horas de vida.⁶

No Brasil, a Portaria nº 2.616/98 do Ministério da Saúde, a qual regulamenta as ações de controle de infecção hospitalar no país, classifica toda a infecção neonatal como hospitalar, exceto aquelas adquiridas por via transplacentária ou associadas à rotura de membranas amnióticas por período superior a 24 horas antes do parto.⁷

É destacado que na UTI os pacientes têm de 5 a 10 vezes mais probabilidade de contrair infecção e que esta pode representar cerca de 20% do total de infecções de um hospital. Cabe ressaltar que o risco de infecção é diretamente proporcional à gravidade da doença, às condições nutricionais, à natureza dos procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, bem como, ao tempo de internação, dentre outros aspectos.⁵

Quando nos referimos a crianças internadas em unidades de terapia intensiva os fatores de risco gerais para a aquisição de infecções hospitalares são idade menor de dois anos, gravidade da doença de base, procedimentos invasivos (ventilação mecânica, cateter venoso central etc.), tempo de permanência hospitalar elevado, densidade populacional, relação paciente-enfermaria e o uso prévio de antibióticos de amplo espectro. Quanto ao uso de antibióticos, parece haver uma estreita e consagrada interação entre resistência bacteriana e a ocorrência de infecções hospitalares.^{6,8}

Enquanto a administração de agentes antimicrobianos salva vidas no tratamento de crianças infectadas, há riscos substanciais quando se faz uso dos mesmos para o tratamento das infecções. Um desses riscos é que nos recém-nascidos a flora bacteriana normal ainda não se estabeleceu e eles estão desprovidos da proteção que esses microrganismos poderiam proporcionar. Assim, quando são tratados com antibióticos de largo espectro, sua flora normal escassa pode ser eliminada. Por esse motivo, os neonatos que ingressam nas UTIs são colonizados rapidamente com os germes hospitalares, inclusive com cepas possuidoras de resistência adquirida a alguns antibióticos.⁹

Além dos fatores de risco para infecção dos recém-nascidos relatados anteriormente, deve-se destacar que há necessidade de manuseio intenso pelos profissionais da saúde que cuidam de sua assistência, aumentando a probabilidade de colonização do recém-nascido com a flora bacteriana existente no ambiente e nas mãos daqueles profissionais. Assim, a transmissão cruzada constitui a principal forma de disseminação de microrganismos no hospital, principalmente em unidades superlotadas e com redução numérica de funcionários.⁶

A vigilância epidemiológica faz parte de um conjunto de atividades que levam à observação ativa, sistemática e contínua da ocorrência de infecções hospitalares. Essas ações de controle visam: determinar o perfil epidemiológico das infecções hospitalares; definir surtos ou epidemias; definir fatores de risco específicos de acordo com o tipo de paciente; e fornecer informações à equipe hospitalar sobre os cuidados necessários ao controle e prevenção das infecções hospitalares.¹⁰

Contudo, cabe destacar, que, no Brasil, os dados sobre infecção hospitalar são pouco divulgados. Além disso, esses dados não são consolidados por muitos hospitais, o que dificulta o conhecimento da dimensão do problema no país.⁴ É, portanto, de grande importância o conhecimento da epidemiologia das infecções hospitalares, sendo necessários estudos nacionais abrangentes vinculados a um sistema unificado para determinação dos agentes etiológicos, da resistência bacteriana, dos fatores envolvidos no prolongamento do tempo de internação, fatores de risco, letalidade, entre outros.⁸ Esses conhecimentos serão bastante úteis para o estabelecimento e implantação de medidas de controle e prevenção cada vez mais eficazes. Sendo assim, é nesse contexto que objetiva-se determinar o perfil etiológico e de sensibilidade dos microrganismos isolados das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), Santa Maria, RS.

Metodologia

Considerações éticas

Este trabalho trata-se de uma análise de dados secundários, na qual os sujeitos da pesquisa não foram abordados. Dessa forma, não há implicações éticas pelo fato de que nome, sexo, idade, estado civil, bem como outras informações do estado da saúde dos sujeitos não constam entre os dados analisados.¹¹

Para realização do presente trabalho, foram analisadas todas as solicitações de exames microbiológicos, referentes ao período de julho a dezembro de 2008, provenientes das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIRN) e Pediátrica (UTIPed) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Os materiais advindos dos pacientes internados nessas unidades eram oriundos de diversos sítios biológicos e foram encaminhados ao Laboratório de Análises Clínicas (LAC) do referido nosocômio.

Foram consideradas positivas todas as culturas em que houve o desenvolvimento de pelo menos um microrganismo. No trabalho em questão, porém, foram selecionados para análise apenas os materiais que foram enviados ao LAC com maior frequência como, por exemplo, sangue, *swab* anal, lavado de cânula, ponta de cateter e *swab* ocular.

No LAC do HUSM, as amostras foram identificadas utilizando-se previamente metodologia convencional com os testes da catalase, oxidase e coloração de Gram, seguidos por automação (MicroScan – DADE – SIEMENS®) e ainda outros testes fenotípicos convencionais de identificação bioquímica dos microrganismos (como uréia, citrato, etc.). O teste de sensibilidade aos antimicrobianos (TSA) foi realizado através das metodologias de disco-difusão, segundo o *Clinical and Laboratory Standards Institute*,¹² e automatizada semiquantitativa.¹²

Resultados e Discussão

No período de seis meses, de julho a dezembro de 2008 foram encaminhadas 809 amostras com solicitações de exames bacteriológicos para o LAC do HUSM, provenientes de diversos materiais biológicos coletados de pacientes das UTIRN e UTIPed. Um total de 518 (64,0%) amostras foram consideradas negativas e 291 (36,0%) positivas. Isto porque, após a semeadura do espécime clínico em meios de cultura adequados e incubação em estufa 35°C ± 2°C, por período de 24 - 48 horas, houve o desenvolvimento de pelo menos um microrganismo em quantidade significativa.

Na elaboração do presente trabalho, computou-se somente os dados provenientes dos materiais mais frequentemente solicitados para análises que foram: sangue, *swab* anal, lavado de cânula, ponta de cateter e *swab* ocular. Utilizando esse critério, das 809 amostras totais, 617 foram analisadas e destas, 241 (39,1%) foram consideradas positivas e 376 (60,9%) negativas.

Dessas 617 amostras selecionadas no estudo, 340 (55,1%) foram de sangue, 147 (23,8%) de *swab* anal, 60 (9,7%) de lavado de cânula, 35 (5,7%) de ponta de cateter e 35 (5,7%) de *swab* ocular.

A Figura 1 mostra o número de solicitações de cultura de cada material correlacionando com sua positividade.

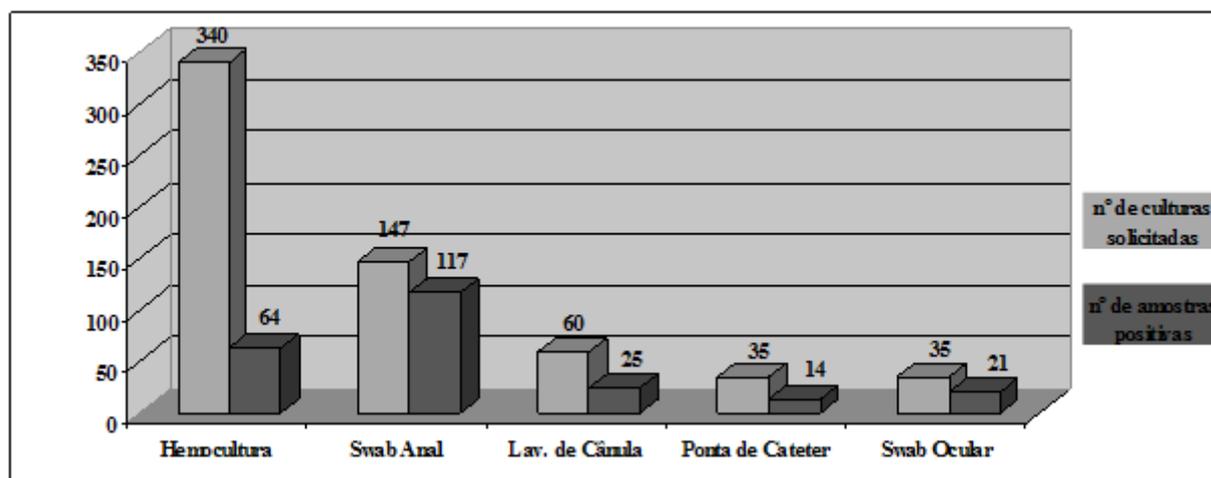


Figura 1 – Correlação entre o número de culturas solicitadas e a positividade das amostras dos materiais mais frequentemente enviados ao LAC-HUSM, no período de julho a dezembro de 2008, pelas UTIRN e UTIPed

Nas 241 amostras positivas, 368 microrganismos foram isolados porque em 90 (37,3%) delas houve o desenvolvimento de mais de um microrganismo. Desses 368 microrganismos isolados, 164 (44,6%) foram cocos Gram-positivos, 163 (44,3%) bacilos Gram-negativos e 41 (11,1%) fungos do gênero *Candida*.

A Tabela 1 relaciona os microrganismos isolados com maior frequência com os espécimes clínicos.

Tabela 1 – Perfil etiológico dos microrganismos isolados com maior frequência e respectivos espécimes clínicos, das culturas realizadas na UTIRN e UTIPed do HUSM - Santa Maria - RS, no período de julho a dezembro de 2008.

Microrganismo	Número de isolamentos por amostra clínica									
	Swab Anal		Hemocultura		Lavado de Cânula		Swab Ocular		Ponta Cateter	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Cocos Gram-positivos										
<i>Staphylococcus aureus</i>	0	(0)	0	(0)	0	(0)	7	(25,9)	0	(0)
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	0	(0)	24	(36,4)	12	(38,7)	8	(29,6)	5	(31,2)
SCN (que não o <i>S. epidermidis</i>)	0	(0)	11	(16,7)	0	(0)	0	(0)	2	(12,5)
<i>Staphylococcus sp.</i>	60	(26,3)	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Streptococcus sp.</i>	24	(10,5)	-	-	-	-	-	-	-	-
Bacilos Gram-negativos										
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	24	(10,5)	0	(0)	3	(9,7)	3	(11,5)	0	(0)
<i>Escherichia coli</i>	0	(0)	0	(0)	3	(9,7)	0	(0)	0	(0)
<i>Serratia marcescens</i>	0	(0)	0	(0)	0	(0)	0	(0)	2	(12,5)
Fungos										
<i>Candida sp.</i>	25	(11,0)	11	(16,7)	0	(0)	0	(0)	3	(18,7)

Nas Tabelas 2, 3 e 4 estão os perfis de sensibilidade dos *Staphylococcus spp.*, Família *Enterobacteriaceae* e *Klebsiella pneumoniae*, respectivamente, aos antimicrobianos do Grupo A (testados e reportados na rotina), segundo o CLSI 2008.

Tabela 2 – Perfil de sensibilidade dos estafilococos isolados de amostras dos pacientes assistidos pelas UTIRN e UTIPed do HUSM – Santa Maria - RS, no período de julho a dezembro de 2008, frente aos antimicrobianos do Grupo A (CLSI 2008), utilizando metodologia de disco difusão e/ou automatizada.

	<i>Staphylococcus spp.</i>						Total
	Sensível		Intermediário		Resistente		
	n°	(%)	n°	(%)	n°	(%)	
Eritromicina	20	(29,0)	0	(0,0)	48	(69,6)	68
Clindamicina	32	(46,4)	1	(1,4)	33	(47,8)	66
Oxacilina	14	(20,3)	0	(0,0)	54	(78,3)	68
Penicilina	01	(1,4)	0	(0,0)	BLAC*: 67	(97,1)	68
Sulfametoxazol- Trimetoprim	03	(52,2)	0	(0,0)	31	(44,9)	67

Obs.: No laudo de dados uma amostra não constava o TSA do microrganismo isolado; para dois microrganismos não constava a sensibilidade à clindamicina; e para um microrganismo não constava a sensibilidade frente ao sulfametoxazol-trimetoprim.

Tabela 3 – Perfil de sensibilidade dos microrganismos isolados de amostras dos pacientes atendidos pelas UTIRN e UTIPed do HUSM – Santa Maria - RS, no período de julho a dezembro de 2008, frente aos antimicrobianos do Grupo A (CLSI 2008), utilizando metodologia de disco difusão e/ou automatizada.

Enterobacteriaceae							
	Sensível		Intermediário		Resistente		Total
	nº	%	nº	%	nº	%	
Ampicilina	0	(0)	0	(0)	8	(72,7)	8
Cefazolina	2	(18,2)	0	(0)	ESBL** 3	(27,3)	8
					3	(27,3)	
Cefalotina	2	(18,2)	0	(0)	ESBL** 3	(27,3)	8
					3	(27,3)	
Gentamicina	3	(27,3)	1	(9,3)	7	(63,6)	11
Tobramicina	3	(27,3)	0	(0)	8	(72,7)	11

* BLAC são cepas produtoras de β -lactamase, que inativam o anel β -lactâmico da penicilina.

** Essas foram cepas de *Klebsiella pneumoniae* produtoras de β -lactamase de espectro ampliado, capazes de inativar uma grande variedade de antibióticos β -lactâmicos, incluindo as cefalosporinas e os monobactâmicos.

Obs.: Para três microrganismos o laudo não constava da sensibilidade dos mesmos frente à ampicilina, cefazolina e cefalotina.

Tabela 4 – Perfil de sensibilidade da *K. pneumoniae* isolada de amostras dos pacientes atendidos pelas UTIRN e UTIPed do HUSM – Santa Maria - RS, no período de julho a dezembro de 2008, frente aos antimicrobianos do Grupo A (CLSI 2008), utilizando metodologia de disco difusão e/ou automatizada.

Enterobacteriaceae							
	Sensível		Intermediário		Resistente		Total
	nº	%	nº	%	nº	%	
Ampicilina	0	(0)	0	(0)	4	(66,7)	4
Cefazolina	2	(33,3)	0	(0)	ESBL** 3	(50,0)	5
Cefalotina	2	(33,3)	0	(0)	ESBL** 3	(50,0)	5
Gentamicina	3	(33,3)	1	(16,7)	3	(50,0)	6
Tobramicina	3	(33,3)	0	(0)	4	(66,7)	6

Obs.: O laudo não constava da sensibilidade de 2 cepas frente à ampicilina e 1 cepa frente à cefazolina e à cefalotina.

O resultado desta pesquisa revelou que amostras de sangue 340 (55,1%) foi o material mais frequentemente solicitado para análise no LAC-HUSM pelas UTIRN e UTIPed. Porém, pela análise da Figura 1, verificamos que o material que apresentou maior positividade quanto ao desenvolvimento de microrganismos foi *swab* anal, onde 117 (79,6%) das 147 amostras foram consideradas positivas. Essas culturas de *swab* anal representam as culturas de vigilância epidemiológica, realizadas periodicamente com a finalidade de conhecer os microrganismos que colonizam os pacientes da unidade e evitar a ocorrência de surtos, além da pesquisa do *Enterococcus spp.* vancomicina resistente (EVR).

No período em que o estudo foi realizado não foi detectado nenhum EVR. Por consenso da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) do HUSM, no laudo dessas culturas de *swab* anal, que fazem parte das culturas de vigilância epidemiológica, são liberadas somente as identificações bioquímicas dos microrganismos presentes, sem o TSA.

As hemoculturas lideraram o número de solicitações (Figura 1). Das 340 (55,1%) amostras enviadas ao LAC-HUSM, 64 (18,8%) foram positivas. Esta frequência está de acordo com a literatura nacional, a qual destaca que em neonatos as bacteremias são as infecções mais frequentes, representando 30,7% das infecções observadas na investigação de PESSOA-SILVA et al.¹³ Esses elevados índices para a ocorrência de bacteremias hospitalares em

crianças, em geral associam-se ao sistema imune imaturo e à frequente exposição a procedimentos invasivos, como as cateterizações venosas profundas.^{14,15}

Em nosso estudo, porém, não podemos afirmar que a porta de entrada das bacteremias são os cateteres, pois a positividade das culturas de ponta de cateter (40,0%) foi superior à positividade das hemoculturas (18,8%). O *S. epidermidis* 24 (36,4%) foi o microrganismo isolado com maior frequência nas hemoculturas, seguido pelos SCN – que não o *S. epidermidis* – 11 (16,7%) e *Candida sp.* 11 (16,7%). Os SCN constituíram a maior causa de bacteremias adquiridas em ambiente hospitalar, nos pacientes mantidos em UTIs neonatais, com *Candida spp.* aparecendo nas quatro primeiras colocações. Estes resultados concordam com o descrito na literatura.¹⁶

No Brasil, outro estudo também revela que o microrganismo prevalente nas bacteremias adquiridas em unidades hospitalares pediátricas também foi o *S. epidermidis*.¹⁶ Contudo, há autores que desconsideram esta bactéria como agente etiológico de bacteremias, uma vez que seu isolamento pode estar relacionado a problemas de assepsia da pele, já que ele faz parte da sua flora residente.¹⁷

Até duas décadas atrás, os SCN, incluindo o *S. epidermidis*, eram considerados bactérias comensais. No entanto tomaram-se patogênicas na medida em que se universalizou o uso de antissépticos para a pele e para o coto umbilical.¹⁸

O isolamento de SCN de amostras de sangue de recém-nascidos com sinais e sintomas de sepse deve ser considerado, porém, ele pode representar uma contaminação por falha na assepsia. Por essa razão, constitui boa recomendação o seu isolamento em duas amostras de sangue dentro de 24 horas, ou que ele seja isolado em duas amostras de sangue e tenha resistência a mais de seis antibióticos, incluindo a oxacilina.¹⁹

Em nosso estudo *Candida spp.* teve prevalência significativa tanto nas hemoculturas como nas culturas de ponta de cateter. Os procedimentos invasivos utilizados nos neonatos, em particular os de baixo peso ao nascer, têm sido responsáveis pelo aumento da incidência das infecções fúngicas nessa população.¹⁹

As infecções hospitalares causadas por fungos representam atualmente um problema crescente de saúde pública em muitos países. Nos Estados Unidos, por exemplo, a prevalência de infecções fúngicas passou de 6%, em 1980, para 10,4%, em 1990, segundo o Sistema de Vigilância das Infecções Hospitalares daquele país. Destas, cerca de 80% foram causadas por leveduras do gênero *Candida*.²⁰

Das 60 amostras de lavado de cânula (Figura 1), 25 (41,7%) foram positivas. O desenvolvimento de infecção associada à intubação orotraqueal ou nasotraqueal pode ser atribuída ao trauma físico da passagem do tubo e à contaminação por meio das mãos dos profissionais da saúde.²¹ Os tubos traqueais abolem o reflexo da tosse, diminuem a motilidade ciliar e propiciam a colonização do trato aéreo inferior com bactérias da orofaringe e da via aérea superior.²¹ O *S. epidermidis* foi o agente mais isolado, (12 - 38,7%). Dados semelhantes foram descritos por LOPES et al. (2008), em um estudo efetuado no Hospital Universitário de Londrina-PR. Eles justificaram a prevalência e representatividade do *S. epidermidis* pelo fato de ele ser uma espécie colonizante da pele, sendo frequentemente inoculado durante procedimentos invasivos ou veiculado pela equipe de saúde.

Das amostras de *swab* ocular, 21 (60%) foram positivas (Tabela 1). Os microrganismos mais isolados nesse material foram *Staphylococcus epidermidis* 8 (29,6%), *Staphylococcus aureus* 7 (25,9%) e *Klebsiella pneumoniae* 3 (11,5%). Este resultado está de acordo com o descrito por ENDRESS et al. (2009) que também verificou uma prevalência de SCN e *Staphylococcus aureus* em culturas de *swab* ocular de recém-nascidos internados de UTIs.²²

Essa elevada positividade das amostras de *swab* ocular poderia ser justificada pela ocorrência de partos normais, porque, durante o parto transpelviano, uma variedade de microrganismos albergados pela mãe no trato genital podem invadir o saco conjuntival do neonato, causando infecções oculares. Porém, dados estatísticos do HUSM revelam que, de julho a dezembro de 2008, aproximadamente 63,0% dos partos foram por cesariana e 37,0% normais.²³ Portanto, a elevada positividade das amostras de *swab* ocular não tem correlação com o tipo de parto.

O *Staphylococcus epidermidis* faz parte da flora permanente da pele; então podemos aferir que, pelo fato de os neonatos internados em UTIs serem submetidos a processos de intubação endotraqueal e colocação de sondas nasogástricas, esta manipulação sobre a face do paciente favorece a ocorrência de infecções oculares pelo *S. epidermidis* como citado no estudo de CARVALHO & MARQUES (1999). A expressiva frequência do isolamento de *S. aureus* nas amostras de *swab* ocular é condizente com a literatura, que apresenta esse patógeno como principal agente de conjuntivite e outras doenças oculares.²²

Das 35 amostras de ponta de cateter enviadas ao LAC-HUSM, 14 (40%) tiveram culturas positivas (Método de Maki) sendo que *S. epidermidis* foi o microrganismo prevalente 5 (31,2%). Estes dados estão de acordo com estudos realizados em outros nosocômios brasileiros, nos quais *S. epidermidis* (27%) foi o mais frequente, seguido por *S. aureus* (16%), *Enterococcus spp.* (8%) e *Candida spp.* (8%).^{24,25}

É neste cenário que a resistência aos antimicrobianos tem sido identificada com maior frequência e relatos na literatura apontam que mais de 80% das cepas de *S. epidermidis* e pelo menos 60% das cepas de *S. aureus*, causadores de infecções nosocomiais em unidades neonatais, são resistentes à meticilina/oxacilina.⁶

Essa elevada resistência foi verificada também em nosso estudo (Tabela 2), onde 67 (97,1%) *Staphylococcus spp.* apresentaram resistência à penicilina, 54 (78,3%) à meticilina/oxacilina (MRSA/MRS) e 48 (69,6%) à eritromicina.

Entre os representantes da família *Enterobacteriaceae*, (Tabela 3) 8 (72%) apresentaram resistência à ampicilina e tobramicina, 7 (63%) apresentaram resistência à gentamicina e 6 (55%) apresentaram resistência à cefalotina e cefazolina. Destes, metade foram classificados como ESBL (β -lactamase de espectro ampliado). As β -lactamases são enzimas com considerável atividade de hidrólise, que inativam uma grande variedade de antibióticos β -lactâmicos, incluindo as penicilinas de amplo espectro, cefalosporinas de 1^a, 3^a e 4^a gerações e o monobactâmico aztreonam.²⁶

Entre os representantes da família *Enterobacteriaceae*, o microrganismo mais isolado foi *K. pneumoniae* e pela análise da Tabela 4 verificamos que 4 (66,7%) apresentaram resistência à ampicilina e tobramicina, 3 (50,0%) apresentaram resistência à gentamicina e 3 (50,0%) apresentaram resistência à cefalotina e cefazolina e estas foram classificadas como ESBL. A falta de adoção de medidas específicas de controle de infecção hospitalar e a utilização cada vez mais frequente de procedimentos invasivos e antibióticos de largo espectro, como cefalosporinas de 3^a e 4^a gerações, certamente correlacionam-se com esse acontecimento.²⁶

Conclusão

O elevado nível de tecnologia empregado nas UTIs trouxe o prolongamento da sobrevivência dos pacientes, porém, nestas unidades, as infecções hospitalares têm se revelado como uma das mais frequentes complicações no tratamento.

Quando a clientela admitida em UTIs são crianças a situação é ainda mais grave. A natural imaturidade imunológica associada aos fatores a que estão expostos durante o tratamento como, por exemplo, os procedimentos altamente invasivos e a transmissão cruzada de patógenos resultam em taxas de infecção hospitalar superiores às de outras populações.

Frente a tantos processos infecciosos, o uso de agentes antimicrobianos nestas situações torna-se inevitável, contudo, o uso indiscriminado de antibióticos de largo espectro além de eliminar a flora microbiológica normal protetora dos RN também favorece a colonização dos neonatos por germes hospitalares, especialmente por cepas possuidoras de resistência a alguns antibióticos.

A frequência de microrganismos que causaram infecções nos pacientes da UTIRN e UTIPed e que apresentaram mecanismos de resistência aos antimicrobianos em nosso estudo apresentou índices elevados e, por isto, evidenciamos a necessidade do uso racional de antimicrobianos em UTIs infantis tanto para o sucesso da terapêutica instituída, quanto para que ocorra uma menor pressão seletiva de microrganismos nestas unidades.

O conhecimento do perfil etiológico das infecções e o perfil de sensibilidade dos microrganismos isolados nos principais materiais clínicos enviados para análise em setores de microbiologia, portanto, é fundamental para a prevenção da resistência bacteriana, para a elaboração de recomendações da terapia antimicrobiana empírica para a unidade e para o uso racional de fármacos.

Referências Bibliográficas

1. Souza DC, Troster EJ, Carvalho WB, Shin SH, Cordeiro AMG. Disponibilidade de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal no município de São Paulo. J. Pediatr. 2004; 80(6):456-60.
2. Barbosa AP. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. J. Pediatr. 2004; 80:437-8.
3. Silva LJ, Silva LR, Christoffel MM. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(3):684-9.
4. Turrini RNT, Santos AH. Infecção hospitalar e causas múltiplas de morte. J. Pediatr. 2002; 78(6):485.
5. Lima ME, Andrade D, Hass VJ. Avaliação da Prospectiva da Ocorrência de Infecção em Pacientes Críticos de Unidade de Terapia Intensiva. Rev. Bras. Ter. Intensiva. 2007; 19(3):342-7.

6. Missi-Pinhata MM, Nascimento SD. Infecções neonatais hospitalares. *J. Pediatr.* 2001; 77(1):81-96.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 mai. 1998.
8. Farhat CK. Infecção hospitalar. *J. Pediatr.* 2000; 76:259-60.
9. Sarubbi MA. Prevención de infecciones hospitalarias en las unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN). *Rev. Hosp. Mater. Infant. Ramón Sarda.* 2004; 24(4):148-56.
10. Hinrichsen SL. Biossegurança e controle de infecções: risco sanitário hospitalar. Rio de Janeiro; Medsi; 2004.
11. Oliveira-Filho ABO, Martinelli JM. Casos notificados de malária no Estado do Pará, Amazônia Brasileira, de 1998 a 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2009; 18(3):277-84.
12. Clinical and Laboratory Institute – Performance Standards of Antimicrobial Susceptibility Testing. CLSI document M100-S18 (ISBN 1-56238-556-9) Clinical and Laboratory Institute – 940 – West Valley Road – Suite 1400 – Wayne, Pennsylvania 19087 – 1898 USA, 2008.
13. Pessoa-Silva CL, Ricchmann R, Calil R, Santos RMR, Costa MLM, Frota ACC et al. Healthcare-associated infections among neonates in Brazil. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2004; 25(9):772-7.
14. Macias AE, Munoz JM, Galvan A, Gonzales JA, Medina H, Alpuche C et al. Nosocomial bacteremia in neonates related to poor standards of care. *Pediatr Infects Dis J.* 2005; 24(4):713-6.
15. Chien L, MacNab Y, Aziz A, Andrews W, McMillan DD, Lee SK. Variations in central venous catheter-related infections risks among Canadian neonatal intensive care units. *Pediatr Infects Dis J.* 2002; 21(6):505-11.
16. Brito DVD, Soares JP, Abdallah VOS, Filho PPG. Bacteremia por *Staphylococcus epidermidis* em neonatos: incidência e fatores de risco. *Rev Ciênc Med.* 2007; 16(2):71-7.
17. Aguilar GM, Arriaga MC. Incidência de bacteriemia y neumonia nosocomial em uma unidade de pediatria. *Salud Pública Méx.* 2001; 43:515-22.
18. Miura E. Infecção pelo estafilococo coagulase-negativa em recém-nascidos: mito ou verdade? *J. Pediatr.* 2002; 8(4):255-6.
19. Cordeiro DNG. Dissertação de Mestrado. Significância clínica da presença de *Staphylococcus coagulase-negativo* isolados de recém-nascidos de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em Brasília –DF. Universidade de Brasília, Faculdade de Medicina, 2007.
20. Maluche ME, Santos JI. *Candida sp.* e infecções hospitalares: aspectos epidemiológicos e laboratoriais. *Rev. Bras. Anal. Clin.* 2008; 40(1):65-7.
21. Lopes GK, Rossetto EG, Belei RA, Capobianco JD, Matsuo T. Estudo epidemiológico das infecções neonatais no Hospital Universitário de Londrina, Estado do Paraná. *Acta Sci. Health Sci.* 2008; 30(1):55-63.
22. Endress D, Brandt CT, Castro CMMB, Oliveira VF, Diniz MFA. Microbiota conjuntival e resistência a antibióticos em recém-nascidos prematuros internados em unidades de terapia intensiva. *Arq. Bras. Oftalmol.* 2009; 72(3):291-5.
23. Ferreira-Filho JP, Lorenzoni M. Indicadores Hospitalares. Serviço de Estatística do Hospital Universitário de Santa Maria. 2008.
24. Marconi C, Cunha MLRS, Lyra JC, Bentlin MR, Batalha JEN, Sugizaki MF et al. Utilidade da cultura de ponta de cateter no diagnóstico de infecção neonatal. *J. Pediatr.* 2009; 85(1):80-3.
25. Bonvento M. Acessos Vasculares e Infecção Relacionada a Cateter. *Rev. Bras. Ter. Intensiva.* 2007; 19(2):227-30.
26. Tragante CR, Ceccon MEJR, Falcão MC, Seiti M, Sakita N, Vieira RA. Prevalência de sepse por bactérias Gram negativas produtoras de beta-lactamase de espectro estendido em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal. *Rev. Paul. Pediatr.* 2008; 26(1):59-63.

Daniela Zanini

Endereço para correspondência – Avenida Roraima, número 1000, Prédio 18, Departamento de Química, Universidade Federal de Santa Maria, Bairro: Camobi, CEP: 97105-900, Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: dz_daniela@yahoo.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4274315755937442>

Enviado em 25 de novembro de 2013.

Publicado em 15 de setembro de 2014.

A importância do mapa de risco para a prevenção de acidentes de trabalho em cozinhas/copas de hospitais do interior do Rio Grande do Sul/RS

Aline Sarturi Ponte¹ Maria Auracélia Marchi Ribas² Vanessa Medeiros Pinto³

RESUMO

Este artigo apresenta um relato de atividades curriculares na atenção à saúde do trabalhador. Este estudo teve como objetivo apresentar os principais riscos aos quais estão expostos os funcionários da cozinha/copa de hospitais do interior do Rio Grande do Sul/RS. Este estudo trata-se de uma observação científica, classificada como uma observação de campo, de duas práticas de Estágio Curricular Supervisionado em Terapia Ocupacional I e II, do curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA. Desenvolvidas na instituição “A” período de agosto a dezembro de 2011 e na instituição “B” no período de março a julho de 2012. A partir deste estudo observou-se quanto é importante respeitar o trabalhador em sua maneira de elaborar e executar o seu trabalho, onde cada um na sua subjetividade tem características próprias de execução da atividade laboral, podendo se apropriar do seu fazer com dignidade, prazer e autonomia.

Descritores: Cozinha; Hospital; Mapa de Risco; Terapia Ocupacional; Trabalho.

The importance of risk map for the prevention of accidents in cuisines/scullery hospitals interior of Rio Grande do Sul/RS

ABSTRACT

This article presents an account of curricular activities in the health care worker. This study aims to present the main risks to which employees are exposed kitchen/ scullery area hospitals in the interior of Rio Grande do Sul/RS. This study deals with a scientific observation, classified as a field observation of two practices Supervised Curricular Training in Occupational Therapy I and II, the course of Occupational Therapy Centro Universitário Franciscano – UNIFRA. Developed at the institution “A” from August to December 2011 and the institution “B” in period March to July 2012. From this study was observed on the important respect the worker on his way to prepare and perform their work, where everyone in his subjectivity has characteristics of the implementation of labor activity and can take ownership of their cause dignity, pleasure and autonomy.

Descriptors: Cooking; Hospital; Risk Map; Occupational Therapy; Work.

¹ Mestranda em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

² Terapeuta Ocupacional pelo Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), Santa Maria, RS, Brasil.

³ Mestre em Reabilitação e Inclusão pelo Centro Universitário do IPA (IPA), Porto Alegre, RS, Brasil.

Introdução

O estudo discutido neste trabalho é resultado de práticas de Estágio Curricular Supervisionado em Terapia Ocupacional I e II, do curso de Terapia Ocupacional do Centro Universitário Franciscano – UNIFRA. Durante estas atividades curriculares os acadêmicos realizam práticas de atenção a saúde do trabalhador, como ginástica laboral, algumas orientações referentes à prevenção de doenças ocupacionais e acidentes no local de trabalho.

No decorrer das atividades observou-se no ambiente de trabalho algumas irregularidades, para identificar estas no decorrer da discussão será utilizado um o instrumento mapa de risco. As avaliações de risco constituem um conjunto de procedimentos com o objetivo de estimar o potencial de danos à saúde ocasionados pela exposição de indivíduos a agentes ambientais¹.

A terapia ocupacional tem como objetivo na saúde do trabalhador entender e averiguar as atividades nas quais o sujeito envolve-se, assim compreendendo a relação indivíduo – trabalho e os aspectos que circundam esta relação, estes são: aspectos cognitivos, físicos e sociais². Frente a estes objetivos citados acima o terapeuta ocupacional desenvolve práticas em saúde do trabalhador com intuito de prevenção, tratamento, reabilitação e criando novas condições de trabalho para aquele trabalhador acometido por alguma patologia³. No ambiente de trabalho o terapeuta ocupacional visa a eliminar de barreiras e adequar o espaço, assim tornado mais adequado e confortável, facilitando o manejo do profissional em seu posto de trabalho⁴.

Este estudo teve como objetivo apresentar os principais riscos aos quais estão expostos os funcionários da cozinha/copa de hospitais do interior do Rio Grande do Sul/RS.

Metodologia

Este estudo trata-se de um estudo descritivos de caráter qualitativo. A coleta de dados ocorreu em dois momentos, na instituição “A” período de agosto a dezembro de 2011 e na instituição “B” no período de março a julho de 2012, Neste período as acadêmicas realizavam atividades de ginástica laboral com os funcionários da cozinha/copa das instituições.

A Ginastica Laboral é um dos instrumentos mais utilizados nos Brasil atualmente para a intervenção no trabalho. Este prática tem como objetivo a prevenção de doenças e a promoção da saúde⁵. “A GL tem características de preparação muscular para o trabalho, pausa, correção postural ou relaxamento muscular”⁵ (p. 132).

A partir das atividades desenvolvidas no local traçou-se um mapa de risco para a cozinha/copa das instituições A e B. Para a elaboração do mapa de risco observou-se os riscos existentes no local, instrumentos de trabalho, disposição e largura das portas, disposição das janelas, materiais de trabalho, extintores e das placas sinalizadoras, se os funcionários faziam uso dos Equipamentos de Proteção individual (EPIs) e se existe organização no local de trabalho.

Para complementar a coleta de dados os funcionários foram convidados a responder voluntariamente a um questionário, este instrumento é contemplado com as seguintes observações: idade, sexo, principais queixas de saúde, local de trabalho, jornada de trabalho e turno, treinamento profissional, atividade exercida, ausenta-se muito do trabalho, instrumentos de trabalho, apresenta alguma patologia, acidente que ocorreram no local de trabalho, sente-se exposto a algum risco e a função que exerce trás algum risco a sua saúde ocupacional.

O mapa de risco é obrigação das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes (CIPA), este é uma representação gráfica dos riscos de acidentes nos diversos locais de trabalho, inerentes ou não ao processo produtivo, devendo ser afixado em locais acessíveis e de fácil visualização no ambiente de trabalho, com a finalidade de informar e orientar todos os que ali atuam e outros que, eventualmente, transitam pelo local. Segundo a Portaria 25, este instrumento deve ser elaborado pela CIPA, com a participação dos trabalhadores envolvidos no processo produtivo e com a orientação do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) do estabelecimento, quando houver. O mapa de riscos é representado graficamente, através de círculos de cores e tamanhos proporcionalmente diferentes (riscos pequeno médio e grande), sobre o *Lay-Out* da empresa⁶.

Este instrumento foi criado através da Portaria nº05 em 17 de agosto de 1992 tratando da obrigatoriedade, por parte de todas as empresas, da “representação gráfica dos riscos existentes nos diversos locais de trabalho”, e faz parte das Normas Regulamentadoras (NR), NR-09. Posteriormente o Mapa de Risco passou a constar como anexo IV da NR-05, por meio da Portaria nº 25 de 29 de dezembro de 1994⁷.

Resultados e discussões

Para realizar as atividades de ginástica laboral e as observações junto aos funcionários da cozinha/copa os acadêmicos reuniram-se com as nutricionistas responsáveis pela administração dos ambientes e pediram autorização para o desenvolvimento de tais práticas.

Atualmente a saúde ocupacional tem enfrentado grandes desafios. Estando diante do encontro de diversas situações advindas do mundo do trabalho, já que é no trabalho que passamos a maior parte de nossas vidas, os reflexos das condições de trabalho irão refletir de forma acentuada sobre o nosso bem estar mesmo fora da jornada de trabalho⁸.

No hospital "A" os funcionários que realizavam as práticas de ginástica laboral eram apenas os que estavam no local de trabalho durante a atividade. O qual observou-se uma predominância de funcionários do sexo feminino, a jornada de trabalho dos funcionários é de seis horas diárias, organizada em três turnos, havendo uma escala diferenciada nos finais de semana, esta com turnos de doze horas. Outro fator a ser considerado são as condições organizacionais muitas vezes exigidas pela empresa levam a uma representação mental diferenciada a cada dia (novas preparações, imprevisibilidade, novas pressões temporais, etc), esta nem sempre previstas na fase do planejamento, leva a uma diminuição da produtividade e um estresse desnecessário aos funcionários⁹. O ambiente de trabalho observado é a cozinha/copa.

Durante as atividades de ginástica laboral os funcionários do hospital "A" queixaram-se de dores na coluna na região cervical e lombar principalmente, os membros inferiores e superiores também foram citados. As lesões do sistema músculo-esquelético, particularmente, as algias vertebrais, são internacionalmente reconhecidas como um risco ocupacional entre os trabalhadores⁹. Movimentos repetitivos são muito comuns devido ao tipo de atividades desenvolvidas. O corte de alguns vegetais e a fritura de alimentos exige que o operador permaneça em pé, estático, com o pescoço flexionado durante longo período de tempo¹⁰, e esta posição acaba por gerar dores e fadiga muscular.

Os acidentes de trabalho mais observados nesta instituição foram pequenos e médios ferimentos com facas e apresentam em graus leves as queimaduras, ocorrem geralmente por contato com vapores e líquido em alta temperatura, estas também foram de grau leve (1º grau). Os afastamentos do trabalho não são muito frequentes no grupo de funcionários.

No hospital "A", a copa e a cozinha encontram-se em um mesmo ambiente o local não é muito arejado. Para diminuir o contato com vapor emitidos pelo processo de cozimento este local conta com um aparelho depurador de ar instalado sob o fogão. Este equipamento tem a função de sugar os vapores emitidos pelo processo de cozimento dos alimentos de jogá-los para fora do ambiente. Estudos relacionados demonstraram que as condições físicas e ambientais inadequadas em Unidades de Alimentação e Nutrição, onde os funcionários são expostos a problemas como espaço reduzido, temperatura e umidade elevadas, movimentos repetitivos, levantamento de peso excessivo, permanência por períodos prolongados na postura em pé e modificação constante de procedimentos¹¹.

Este ambiente é aparado apenas por uma porta de acesso, encontra-se sinalizada, com largura de 1,20m e sua abertura é para dentro do local de trabalho, é o único meio de entrada e saída do ambiente em alguns momentos ocorrem transtornos no momento de circulação dos carrinhos com alimentos. Em caso de algum acidente a porta é a única via de saída dos funcionários. Segundo a norma de segurança NR-23, a largura mínima das aberturas de saída deverá ser de 1,20m; e não deverão abrir para o interior do local de trabalho; as aberturas, saídas e vias de passagem devem ser claramente assinaladas por meio de placas ou sinais luminosos, indicando a direção da saída. Quanto às portas de entrada saída ou de emergência de um estabelecimento ou local de trabalho, não poderá ser fechada a chave, aferrolhada ou presa durante as horas de trabalho¹².

Já na instituição hospitalar "B" o local é dividido em vários ambientes são estes cozinha, copa, administração nutricional, dispensa de alimentos não perecíveis, dispensa de alimentos perecíveis, câmara fria, sala de lava louças e preparação das dietas líquidas, depósito de materiais de limpeza, sala de armários com banheiros reservada para o descanso dos funcionários.

Os funcionários que participavam das práticas de ginástica laboral nesta instituição eram apenas os que estavam em local de trabalho, observou-se uma predominância do sexo feminino, havendo somente um funcionário do sexo masculino. A jornada de trabalho é de seis horas diárias, havendo uma escala especial para os finais de semana, esta é organizada previamente em turnos de doze horas, ocorre também uma inversão de turnos todas as semanas, os funcionários que em uma determinada semana trabalham pela manhã na outra eles irão trabalhar à tarde.

Durante a realização das atividades de ginástica laboral os funcionários do hospital "B" não queixaram-se de dores as atividades propostas eram realizadas no próprio ambiente de trabalho. O exercício de ginástica laboral pode ser

preparatório e compensatório, consistindo em exercícios específicos, realizados no próprio local de trabalho, atuando de forma preventiva e terapêutica. Leve e de curta duração, esta prática visa a diminuir o número de acidentes de trabalho, prevenir doenças originadas por traumas cumulativos, prevenir a fadiga muscular, corrigir vícios posturais, aumentar a disposição do funcionário, ao iniciar e retornar ao trabalho, promover maior integração no ambiente de trabalho¹³. No ambiente de uma cozinha hospitalar os funcionários são expostos a vários fatores de riscos ocupacionais, segundo NR 5 do Ministério do Trabalho e Emprego. Dentre estes riscos podemos citar: ruídos excessivos, grande umidade e calor, esforço físico intenso, postura inadequada, controle rígido da produtividade, levantamento e transporte de peso, jornadas de trabalho prolongadas, monotonia e repetitividade de funções, dentre outras¹².

Relacionado aos acidentes de trabalho, esses não são frequentes, não sendo mencionados pelos funcionários durante as práticas de ginástica laboral. Este ambiente de trabalho apresentam inúmeros riscos que relacionam-se com as condições inseguras, equipamento defeituoso, falta de protetores, iluminação e ventilação inadequada, falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) adequados, além de atos inseguros, negligentes, excesso de segurança, confiança, falta de supervisão, falta de cooperação e indiferença quanto à segurança¹⁴.

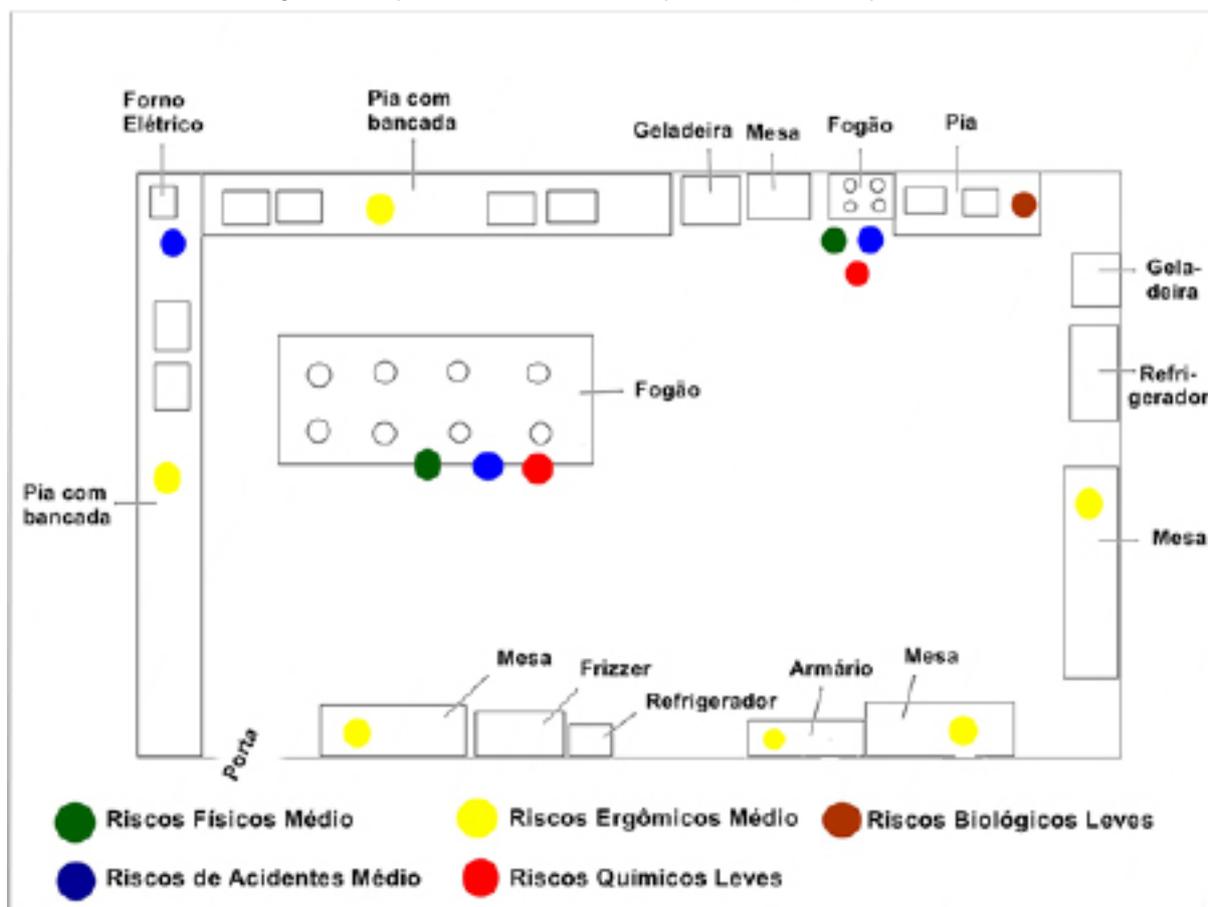
Como já citado acima, o local da cozinha é dividido em vários ambientes, são todos amplos e arejados. A cozinha em sua parede externa apresenta varias janelas. O ambiente não conta com presença de aparelhos exaustores para auxiliar na captura dos vapores emitidos pela ação do processo de cozimento dos alimentos. O local está amparado por três portas, uma dá acesso a área externa do hospital, esta porta é utilizada regularmente para a carga de descarga de mantimentos, é uma porta que abre em folha e apresenta 2,00m de largura, a porta que dá acesso ao refeitório apresenta uma largura de 1,20m e a terceira porta que dá acesso ao corredor tem largura de 0,90m, estas estão bem localizadas e sinalizadas com luzes de emergência, com um simples toque na maçaneta as portas abrem-se.

No decorrer das observações identificaram-se riscos que poderiam interferir no desenvolvimento da atividade de trabalho, e as consequências dessa interferência seriam as doenças ocupacionais. Os riscos apontados pelas acadêmicas são riscos de acidentes, ergonômicos, físicos, químicos e biológicos. As condições de trabalho abrangem aspectos relacionados ao levantamento, transporte e descarga de materiais, ao mobiliário, aos equipamentos e às condições ambientais do posto de trabalho, e à própria organização do trabalho¹².

Nos riscos de acidente estão especificados os seguintes exemplos: arranjo físico inadequado, iluminação inadequada, incêndio e explosões, eletricidade, maquinas e equipamentos sem proteção, quedas e animais peçonhentos¹⁵. Os riscos de acidentes decorrentes da utilização de facas podem estar associados à iluminação e estrutura físicas inadequadas, as queimaduras também ocorrem pela exposição dos funcionários ao calor emitido pelo fogão. Os riscos de acidentes de trabalho são influenciados pelas condições de trabalho, os acidentes ocorrem por um conjunto de fatores composto pelas exigências da função, organização, execução, remuneração e ambiente ocupacional, capazes de determinar a conduta do trabalhador. As consequências do estado físico e psicológico do trabalhador são: satisfação, conforto, carga de trabalho, fadiga, estresse, doenças e acidentes de trabalho¹⁶.

Os riscos ergonômicos compreendem os seguintes fatores, levantamento e transporte manual de peso, monotonia, repetitividade, responsabilidade, ritmo excessivo, postura inadequada de trabalho, trabalhos em turnos, etc¹⁵. As posturas necessárias para a realização das tarefas neste posto de trabalho é em alguns momentos uma postura estática em pé esta exige que a região cervical permaneça flexionada durante um longo espaço de tempo, as posturas dinâmicas também são adotadas neste local de trabalho, a postura ereta e com os membros superiores elevados, foram às principais posturas observadas no ambiente. A postura refere-se à posição do corpo no espaço e podem modificar-se várias vezes durante um determinado movimento. Portanto a postura e o movimento estão completamente associados. Quando ocorre um desconforto, seja ele pela compressão articular, tensão ligamentar, ou contração muscular, uma nova postura é solicitada¹⁷.

Figura 1 – Mapa de Risco da Cozinha/Copa da Instituição Hospitalar “A”.



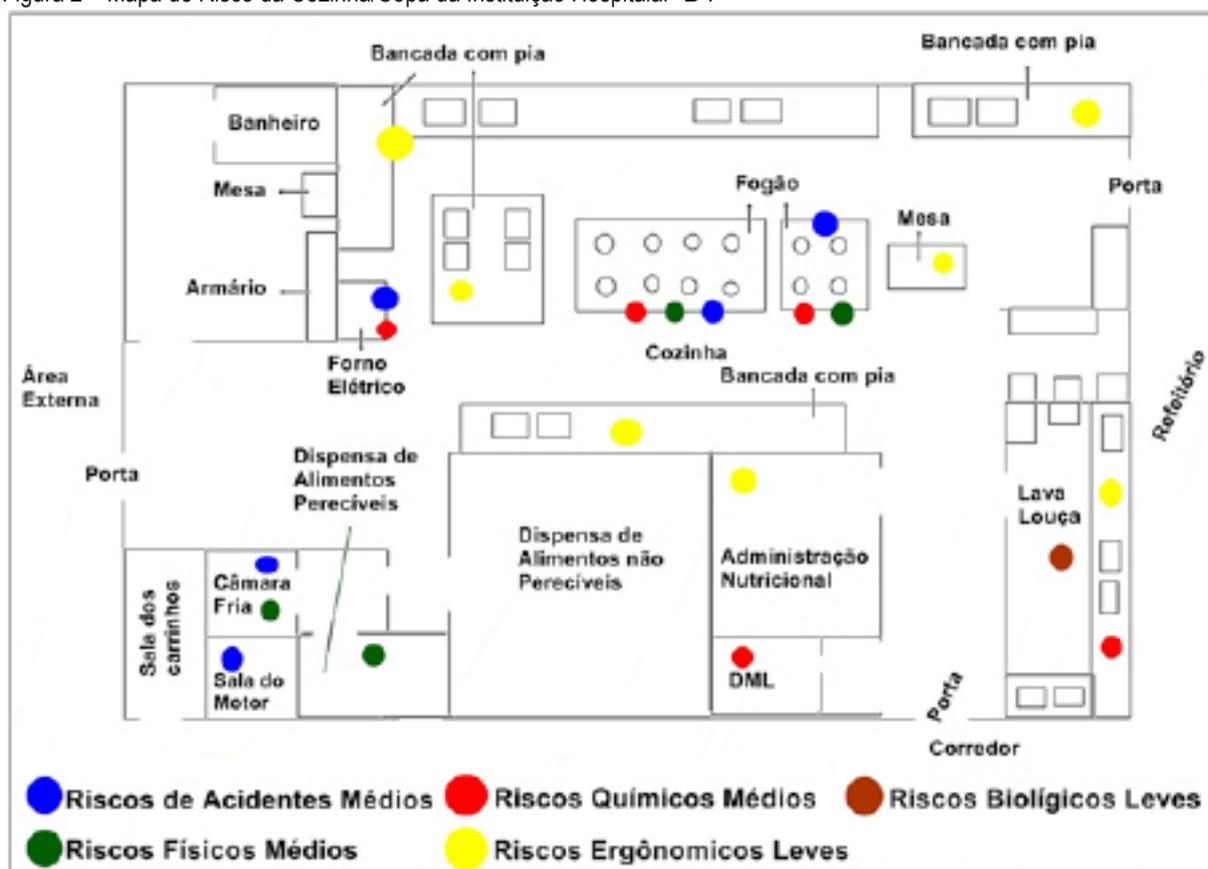
Fonte: Elaborado pelas autoras a partir NR-9 e NR-05.

Os fatores que contemplam os riscos físicos são: ruídos, calor, frio, pressão, umidade, radiação ionizante e não ionizante, vibrações, etc¹⁵. Durante a jornada de trabalho os funcionários de uma cozinha expõem-se a calor emitido pelo processo de cozimento, ao frio quando se tem que adentrar em uma câmara fria, aos ruídos emitidos pelos eletrodomésticos que fazem parte deste ambiente, estas variações de informações podem causar estresse e desconforto aos funcionários. Os fatores ambientais de natureza física, tais como ruídos, vibrações, iluminação, pressão, entre outros podem ocasionar desconforto, aumentando assim, o risco de acidentes e afetando a saúde. Outros fatores ambientais que prejudicam a saúde do trabalhado são estes radiação e poluição microbiológica. E menciona três maneiras de diminuir estes riscos, que são amenizar a emissão de poluentes, isolar as fontes emissoras e utilizar EPIs¹⁸.

Os riscos biológicos e químicos encontram-se relacionados, pois os indicadores biológicos de exposições ambientais aos riscos de origem química nos locais de trabalho, que servem de base para as avaliações de risco e vigilância em saúde¹⁹. Os riscos químicos com, poeira, fumo, gases, vapores, névoas, neblinas, etc. Já os riscos biológicos este lista como sendo provenientes de fungos, vírus, parasitas, bactérias, protozoários, insetos, etc¹⁵.

Os funcionários da copa entram em contato com as bandejas que retornam dos leitos, assim realizando a sua higienização, mesmo este funcionários utilizando os EPIs estes podem no decorrer da atividade laboral entrar em contato com agente biológicos provenientes da patologia dos pacientes ou com agentes químicos oriundos das medicações administradas nestes. O ambiente hospitalar como um local insalubre, o qual apresenta pessoas com distintas patologias infectocontagiosas, expondo os funcionários a contato com materiais infectados, oferecendo aos funcionários riscos de acidentes e doenças decorrentes do ambiente de trabalho²⁰. Os fatores biológicos os quais estes funcionários se expõem são provenientes da inalação, ingestão ou dermo-absorção de compostos químicos presentes no meio ambiente, muitos dos quais são indicadores de propriedades teratogênicas, mutagênicas e carcinógenas para humanos²¹.

Figura 2 – Mapa de Risco da Cozinha/Copa da Instituição Hospitalar “B”.



Fonte: Elaborado pelas autoras a partir NR-9 e NR-05.

As avaliações referentes a riscos nos postos de trabalho vêm intensificando-se com o passar do tempo, pois estes cuidados com a saúde do trabalhador resultam na diminuição de prejuízos tanto para trabalhadores quanto para empresas. A promoção da saúde é resultado de um dia-a-dia saudável, de tal modo que o indivíduo possa desfrutar o melhor que a vida tem a oferecer, seja da forma como ele se alimenta ou como ele lida com o estresse²⁰. Este autor aborda a importância da terapia ocupacional, pois este profissional tem um olhar diferenciado frente à saúde e o sujeito e também, utiliza-se do fazer humano como instrumento de tratamento, ou seja, as atividades da vida diária (AVD) e as atividades instrumentais de vida diária (AIVD) do sujeito são elementos norteadores para o terapeuta ocupacional traçar o seu plano de tratamento junto às necessidades do paciente²¹. A pesquisa sobre os procedimentos característicos do trabalho nos permite repensar nossas posições, fazer novas propostas e reconhecer não apenas os problemas, mas também as possibilidades de prevenção de doenças ocupacionais.

Considerações finais

A partir deste estudo observou-se quanto é importante respeitar o trabalhador em sua maneira de elaborar e executar o seu trabalho, onde cada um na sua subjetividade tem características próprias de execução da atividade laboral, podendo se apropriar do seu fazer com dignidade, prazer e autonomia.

A prática de ginástica laboral observou-se que esta atividade proporciona um momento de autocuidado, prevenção e descontração. A ginástica laboral pode tornar-se um momento educativo, pois a partir desta prática o terapeuta proporciona os participantes esclarecimentos sobre algumas posturas incorretas, as quais devem evitar, eram sugeridas adaptações que visavam a melhora nas posturas no posto de trabalho e minimizariam os desconfortos osteomusculares.

O mapa de risco tornou-se um grande aliado para as terapeutas, pois contribuiu para uma melhor visualização do local e da dinâmica de trabalho, assim como a intensidade (leve, moderada ou grave) dos diferentes riscos aos quais estavam expostos os trabalhadores da cozinha/copa das instituições. Tal compreensão possibilitou as terapeutas traçar planos terapêuticos que proporcionassem um cuidado as reais necessidades de saúde apresentadas pelos trabalhadores, assim como momentos educativos, melhoras no posto de trabalho (adaptações).

Conclui-se que, a Terapia Ocupacional poderá intervir junto a este sujeito como um agente facilitador, atuando na significação e organização do trabalho, através de orientações preventivas, de promoção da saúde para que o mesmo possa realizar seu trabalho com qualidade de vida.

Referências bibliográficas

1. METELLO FC, VALENTE GSC. The importance of biosecurity measures to prevent workplace accidents through the identification of biohazards in the risk map. *R. pesq.: cuid. fundam.* v. 4, n. 3, p. 2338-48. 2012.
2. WATANABE M, GONÇALVES R M. A. Relação Conceitual entre Terapia Ocupacional e Ergonomia. In: LANCMAN S. Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional. – São Paulo: Roca, 2004.
3. TAKAHASHI MABC, SIMONELLI AP, SOUSA HP, MENDES RWB, ALVARENGA MVA. Programa de reabilitação profissional para trabalhadores com incapacidades por LER/DORT: relato de experiência do Cerest-Piracicaba, SP. *Rev. bras. saúde ocup.* v.35 n.121, p. 100-111, 2010.
4. SUMSION, T. Considerações Ambientais. In: SUMSION, T. Práticas baseadas no cliente na terapia ocupacional: guia para implementação. – São Paulo: Roca, 2003.
5. GRANDE AJ, LOCH MR, GUARIDO EA, COSTA JBY, GRANDE GC. REICHERT FF. Comportamentos Relacionados à Saúde entre Participantes e não Participantes da Ginástica Laboral. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.* v. 13, n 2, p. 131-137. 2011.
6. BRASIL. Portaria Nº 25, de 29.12.94, do Secretário de Segurança e Saúde no Trabalho: Norma Regulamentadora – NR – 9. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 1994.
7. MATTOS UAO, FREITAS NBB. Mapa de Risco no Brasil: as Limitações da Aplicabilidade de um modelo Operário. *Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro*, v. 10, n. 2, p. 251-58. 1994.
8. SANTOS JB. Programa de exercício físico na empresa. Tese (Doutorado em Educação Física) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.
9. SALLES DMR, COSTA ISA. Representações do trabalho: estudo sobre confinamento na indústria petrolífera. *Rev. adm. empres.* v. 53, n. 3, p. 230-42 2013.
10. ALENCAR MCB, SCHULTZE VM, SOUZA SD. Distúrbios osteomusculares e o trabalho dos que cuidam de idosos institucionalizados. *Fisioter. mov.* v.23, n.1, p. 63-72, 2010.
11. MATOS CH, PROENÇA RP. C. Condições de trabalho e estado nutricional de operadores do setor de alimentação coletiva: um estudo de caso. *Rev. Nutr. Campinas*, v. 16, n. 4, p. 493-502. 2003.
12. COLARES LGT, FREITAS CM. Processo de trabalho e saúde de trabalhadores de uma unidade de alimentação e nutrição: entre a prescrição e o real do trabalho. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n.12, p. 3011-3020, dez, 2007.
13. MACEDO NMMN, GADELHA MA. Análise das Normas de Segurança e Estrutura Física: Estudo de Caso de uma Creche Comunitária do Município de Fortaleza – CE. XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Maturidades e Desafios da Engenharia de Produção: competitividade das empresas, condições de trabalho, meio ambiente. São Carlos, São Paulo, Brasil, 12 a 15 de outubro de 2010.
14. GRANDE AJ, SILVA V, MANZATTO L, ROCHA TBX, MARTINS GCM, JUNIOR GBV. Comparison of worker's health promotion interventions: cluster randomized controlled trial. *Rev. bras. cineantropom. desempenho hum.* v.15, n.1, 2013.
15. PROCHNOW A, MAGNAGO TSBS, TAVARES JP, BECK CLC, SILVA RM, GRECO PBT. Perfil dos acidentes de trabalho publicados em estudos brasileiros. *Revista. Saúde* v. 37, n. 1, p. 77-90, 2011.
16. BRASIL, L. A. D. Dicas de Prevenção de Acidentes e Doenças no Trabalho: SESI – SEBRAE Saúde e Segurança no Trabalho: Micro e Pequenas Empresas/Luiz Augusto Damasceno Brasil (org.). - Brasília: SESI-DN, 2005.
17. MARTENDAL L. SANTOS KC. Adoecimento Cardíaco em um Trabalhador da Saúde. *Psicol. Argum. out./dez.*, 26(55), 281-292. 2008.
18. ISOSAKI M, CARDOSO E, GLINA DMR, ALVES ACDC, ROCHA LER. Prevalência de sintomas osteomusculares entre trabalhadores de um Serviço de Nutrição Hospitalar em São Paulo, SP. *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 36 (124): 238-246, 2011.
19. SULZBACHER E, FONTANA RT. Concepções da equipe de enfermagem sobre a exposição a riscos físicos e químicos no ambiente hospitalar. *Rev. bras. enferm.* [online]. vol.66, n.1, 2013.

20. WEERDMEESTER JDB. Ergonomia Prática. São Paulo: Edgard Blucher LTDA, 2001.

21. NISHIDE, V; M; BENATTI, M. C. C; ALEXANDRE, N. M. C. Ocorrência de Acidente do Trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva. Rev Latino-am Enfermagem .12(2):204-11. 2004

22. OLIVEIRA, A. J. Terapia Ocupacional: perspectiva para educação em saúde do trabalhador. In: LANCMAM, S. Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional. São Paulo: Roca, 2004.

Aline Sarturi Ponte

Endereço para correspondência – Venâncio Aires, 1638, apto 4. Bairro Bom fim, CEP 97010-002, Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: alinesarturi@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8576659601127889>

Maria Auracélia Marchi Ribas – marchiribas@bol.com.br

Vanessa Medeiros Pinto – nessa_mpinto@hotmail.com

Enviado em 13 de janeiro de 2014.

Publicado em 09 de outubro de 2014.

Atividade física habitual de mulheres da região norte e serrana de Santa Catarina

Camila da Cruz Ramos de Araujo¹, Alexandrina Gomes de Oliveira², Adriana Coutinho de Azevedo Guimarães³, Leonessa Boing⁴, Melissa de Carvalho Souza⁵, Zenite Machado⁶

RESUMO

O estudo transversal objetivou comparar a atividade física habitual de 705 mulheres da região Norte e Serrana de Santa Catarina. Métodos: Utilizou-se um questionário autoaplicável: a) identificação pessoal; b) situação socioeconômica - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; c) Questionário Internacional de Atividade Física. Resultados: aproximadamente 72% das mulheres são suficientemente ativas com diferença significativa na prática da caminhada ($p < 0,001$), na qual as mulheres de Lages dedicavam maior quantidade de tempo quando comparadas às mulheres de Joinville (55 ± 51 min/d) e (36 ± 31 min/d), respectivamente. Conclusão: As mulheres de ambas as regiões são ativas e atendem as recomendações da Organização Mundial da Saúde (2011) para a prática de atividade física e acumulando pelo menos 30 minutos de atividade física moderada diariamente.

Descritores: Atividade Física. Prevalência. Saúde. Mulheres

Habitual physical activity of women from the northern and mountainous region of Santa Catarina

ABSTRACT

Objective - This study aimed to compare the physical activity of 705 women from the Northern and Mountainous region of Santa Catarina. Methods - A self-administered questionnaire was used for the study: a) personal identification; b) socioeconomic status - Brazilian Association of Population Studies; c) International Physical Activity Questionnaire. Results - Approximately 72% of women are sufficiently active with a significant difference in the practice of walking ($p < 0.001$), in which women from Lages devoted most amount of time when compared to women of Joinville (55 ± 51 min/d), and (36 ± 31 min/d), respectively. Conclusion - Women in both regions are active and follow the recommendation of the World Health Organization (2011) for physical activity and accumulate at least 30 minutes of moderate physical activity daily.

Descriptors: Motor Activity. Prevalence. Health. Women.

¹Mestranda em Ciências do Movimento Humano pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC, Brasil

²Bacharel em Educação física pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC, Brasil

³Professora adjunta do Departamento de Educação Física e do Programa de Pós-graduação em Ciências do Movimento Humano no Centro de Ciências da Saúde e do Esporte da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC, Brasil

⁴Mestranda em Ciências do Movimento Humano pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC, Brasil

⁵Mestranda em Ciências do Movimento Humano pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis, SC, Brasil

⁶Doutora em Ciências da Motricidade Humana pela Universidade Técnica da Lisboa, UTL, Portugal

Introdução

A prática de atividade física mostrou ser fator determinante para um melhor estilo de vida em estudos com populações diversificadas, nomeadamente, crianças, mulheres e idosos¹⁻³. Sua regularidade é definida como a prática de pelos menos 30 minutos de atividade física em cinco ou mais dias na semana podendo proporcionar uma vida mais saudável, conservando o metabolismo no ritmo adequado, reduzindo os riscos de hipertensão, diabetes e vários tipos de câncer, além de possibilitar incremento das funções cardiovasculares, metabólicas, musculoesqueléticas e auxiliar no controle e redução da adiposidade corporal^{4,5}. Outros benefícios sugerem a redução do estresse e dos sintomas da depressão e o aumento da sensação de bem-estar, envolvendo maiores níveis de autoconfiança e satisfação pessoal⁶.

Para as mulheres, a atual difusão eclodida pela modernidade e independência, proporcionou novos hábitos, rotinas profissionais e novos padrões de comportamento alterando assim as condições e qualidade de vida dessa população, resultando em mudanças no perfil das doenças e agravos à saúde⁷. A presença de uma ou mais doenças crônicas é significativamente maior entre as mulheres mais velhas, chegando a ser 62 vezes maior naquelas com idade ≥ 70 anos em comparação às mulheres na faixa etária 30-39 anos⁸. Isto pode ocorrer devido à diminuição do envolvimento em atividades físicas moderadas e vigorosas, considerada esta como aquela que apresenta um custo energético médio entre 3,0 e 6,0 METs (taxa metabólica de repouso) e superior a 6,0 METs, respectivamente. Além disso, observa-se uma relação com o aumento progressivo da idade, que acarreta ao decréscimo da capacidade física. Sugere-se que a morbimortalidade entre homens e mulheres associada às doenças crônicas poderia ser reduzida com mudanças no estilo de vida, principalmente na dieta e na inclusão da atividade física⁷⁻⁹.

Dados provenientes de uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em capitais brasileiras determinaram que os homens são mais ativos que as mulheres, devido à prática de atividade física como lazer¹⁰. Especificamente na Região Sul tem se observado maior prevalência de atividade física, sobretudo no estado de Santa Catarina. Na cidade de Florianópolis, o percentual de indivíduos que praticam atividade física chegou a 41,4%, considerada a cidade mais ativa do país, sendo que entre os homens foi de 53% e mulheres 30,9%. A menor prevalência de atividade física entre as mulheres, quando comparadas aos homens, também foi observada em Belo Horizonte, Manaus, Rio Branco e Belém¹¹.

É possível observar uma menor tendência das mulheres à prática de atividade física¹²⁻¹⁴, podendo ser resultado dos padrões culturais ainda existentes na sociedade, pois além de exercerem uma atividade profissional, são por vezes as principais responsáveis pelos cuidados com o lar, marido e filhos^{15,16}. Em uma população de adultos em Minas Gerais, o percentual de indivíduos que atingiu os 150 minutos foi cerca de três vezes maior entre os homens em comparação às mulheres no lazer e nos deslocamentos¹⁷. No entanto, as atividades relacionadas ao trabalho doméstico são relevantes no total de atividades desempenhadas pelas mulheres, pois de maneira geral, são representativas na rotina diária. Em alguns casos, as mulheres envolvidas nessas práticas apresentam níveis mais elevados de atividade física, quando comparadas àquelas que não realizam trabalho doméstico^{18,19}.

A literatura tem demonstrado estudos voltados à população adulta de ambos os sexos na região do estado de Santa Catarina, nomeadamente nas cidades de Lages e Joaçaba, sendo encontrado alto nível de inatividade física na cidade de Joaçaba, com 57,4% (IC95%:53,4-61,4) e baixos níveis de inatividade física na cidade de Lages, com 29,6% (IC95%:27,6-31,7). Entretanto não há uma comparação entre os níveis de atividade física com outras regiões do estado^{19,20}. Desta forma, percebe-se uma lacuna na literatura no intuito de identificar o nível de atividade física de mulheres de diferentes regiões do estado de Santa Catarina, principalmente nas regiões Serrana e Norte, uma vez que trata-se de regiões tipicamente diferentes em relação ao clima, economia, lazer e profissão. Nesse sentido, o presente estudo comparou a atividade física habitual das mulheres da região Norte e Serrana de Santa Catarina.

Metodologia

Este estudo de corte transversal faz parte de uma pesquisa mais ampla intitulada "Prevalência de atividade física de mulheres de Santa Catarina", aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina - protocolo nº 214/2011. A amostra foi composta por uma população de aproximadamente 203.264 mulheres de 20 a 59 anos de acordo com o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), residentes das cidades de Joinville e Lages, por meio do critério de inclusão do estudo, ambas localizadas em Santa

Catarina. Como critério de inclusão a cidade participante deveria ter mais de 150 mil habitantes de acordo com o Censo 2010²¹, sendo uma cidade da região norte e outra da região Serrana. Apesar de ser uma amostra não probabilística, foi realizado o cálculo do tamanho da amostra para cada cidade segundo Barbetta²². O cálculo foi baseado na população de mulheres de 20 a 59 anos da cidade de Joinville – SC (157.177) e mulheres da cidade de Lages-SC (46.087)²¹. O cálculo da amostra mostrou a necessidade de um total de 396 mulheres para cada cidade com erro de estimativa de 5% e intervalo de confiança de 95%. Ao final da coleta obteve-se uma amostra total de 705 mulheres sendo 352 mulheres de Joinville e 353 mulheres de Lages.

As participantes foram convidadas a participar do estudo voluntariamente, por meio de instituições empregadoras ou prestadoras de serviços no nível da educação, saúde, justiça, religião e seguros, além de participantes como donas de casa. Essas instituições tinham caráter comercial, como lojas de eletrodomésticos, vestuário, farmácias, panificadoras, supermercados, entre outras. Além disso, igrejas, escolas e universidades públicas e particulares também foram convidadas a participar da pesquisa. Foram incluídas neste estudo mulheres que apresentassem idade entre 20 a 59 anos residentes em Lages ou Joinville. Excluídas mulheres que apresentaram alguma doença clinicamente diagnosticada, como câncer e paraplegias, bem como mulheres institucionalizadas (asilos, presídios, hospitais) e aquelas que não tiveram capacidade de responder e/ou compreender o questionário.

A fim de se abranger um maior número de mulheres na faixa etária de 20 a 59 anos, a coleta de dados ocorreu de duas formas, por e-mail (encaminhado às participantes do estudo) num total de 174 questionários preenchidos e presencial com a presença da pesquisadora in loco (nas ruas, repartições, lojas, shopping center, centros comerciais, praias, igrejas...), com 531 questionários preenchidos, perfazendo um total de 705 questionários. Foram distribuídos 1260 questionários (700 presenciais e 560 online), sendo que apenas 705 foram devolvidos corretamente preenchidos. Em relação aos demais questionários, é importante ressaltar que 55 questionários impressos estavam preenchidos de maneira incorreta, 30 voltaram em branco e 84 foram perdidos nos locais da pesquisa. Quanto aos questionários enviados online, 73 deles foram imperfeitamente respondidos e 313 não retornaram.

Para a coleta dos dados foi utilizado questionário autoaplicável, composto de instrumentos validados, dividido em três partes:

a) Identificação pessoal: inquiriu sobre idade, escolaridade, estado civil, número de filhos, cor da pele, massa corporal e estatura (autoreferida) para cálculo do Índice de Massa Corporal - IMC ($\text{peso}/\text{estatura}^2$). Para classificação do IMC (status de peso) se utilizou o protocolo da Organização Mundial de Saúde²³ que estabelece os pontos de corte: abaixo do peso ($\text{IMC}<18,5$); peso normal ($\text{IMC } 18,5\text{-}24,9$); sobrepeso ($\text{IMC } 25,0\text{-}29,9$) e obesidade ($\text{IMC}>30,0$). Para fins estatísticos as categorias foram reagrupadas resultando em: **Peso normal**: abaixo do peso + peso normal; **Acima do peso**: sobrepeso + obesidade.

b) O estrato econômico foi avaliado por meio do critério padrão de classificação econômica Brasil 2010 - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), considerado o principal instrumento de segmentação da população segundo seu poder de compra, o qual classifica a população em classes econômicas A, B, C, D e E, por meio da conversão da soma de pontos referentes ao grau de instrução da mulher pesquisada e a quantidade de bens de consumo existentes em casa²⁴.

c) Nível de atividade física: avaliado por meio do Questionário Internacional de Atividade Física - International Physical Activity Questionnaire (IPAQ – versão curta). No Brasil, este questionário foi validado pelo Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul – CELAFISCS, que é o centro coordenador do IPAQ no Brasil²⁵. Na avaliação da atividade física habitual por meio do IPAQ, quantificou-se o número de vezes em que um indivíduo realizou ao menos 10 minutos contínuos de caminhada, de atividade física de intensidade moderada e de intensidade vigorosa na última semana, em diversos envolvimento, nomeadamente, laboral, doméstico, lazer, recreativo e desportivo. A atividade física foi classificada em caminhada, atividade física moderada, moderada + vigorosa, vigorosa e total em minutos/dia. O IPAQ classifica as participantes como sedentárias, insuficientemente ativas, ativas ou muito ativas a partir da verificação do número de vezes que as mesmas realizaram atividade física por mais de 10 minutos contínuos nos sete dias anteriores ao preenchimento do questionário.

A análise estatística foi realizada por meio do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) – versão 20.0. Fez-se uso da estatística descritiva, mediante o cálculo de média, desvio padrão e percentual. Para a comparação das variáveis da atividade física (caminhada, atividade física moderada e vigorosa) com cada região (Norte e Serrana) se utilizou a ANOVA one-way. A prevalência dos níveis de atividade física (insuficientemente ativo, ativo e muito ativo) foi expressa em percentagem, determinada a partir da razão entre o número de participantes em cada nível de atividade física e o

número total de participantes em região. A comparação dos níveis de atividade física entre as duas regiões e os fatores demográficos foi efetuada com o teste do Qui quadrado e o V de Cramer, a fim de verificar a associação entre o nível de atividade física habitual com os fatores demográficos e status do peso. O nível de significância estatístico adotado nas análises de comparação entre grupos e de associações entre variáveis foi de $p < 0,05$.

Resultados

Na tabela 1 são apresentadas as características das participantes do estudo divididas entre as cidades pesquisadas, nomeadamente o grupo 1 (Lages) e grupo 2 (Joinville). Observou-se que a maioria das mulheres é branca (83,7%), possui ensino médio completo (44,4%), pertence a classe econômica B (47,3%), é jovem (59,7%) e não tem filhos (54%).

Tabela 1- Características das participantes do estudo de acordo com a região estudada. Lages e Joinville - SC. 2013

	Total	Grupo 1 (Lages)	Grupo 2 (Joinville)	Valor de p
Cor da pele (%)				
Branca	83,7	83,8	83,5	0,002
Negra	6,4	3,7	9,1	
Parda	9,9	12,5	7,4	
Escolaridade (%)				
Ensino Fundamental	12,3	10,2	14,5	0,002
Ensino Médio	44,4	51,0	37,8	
Ensino Superior	43,3	38,8	47,7	
Estado conjugal (%)				
Sem companheiro	47,6	45,5	49,7	0,268
Com companheiro	52,4	54,5	50,3	
Status do peso (%)				
Peso normal	68,4	68,3	68,5	0,966
Acima do peso	31,6	31,7	31,5	
Estrato Econômico (%)				
A	11,0	1,2	21,0	<0,001
B	47,3	39,5	55,1	
C	28,3	49,1	7,4	
D	13,4	10,2	16,5	
Faixa etária (%)				
20-32 anos	59,7	68,5	51,4	<0,001
33-45 anos	21,5	19,5	23,3	
46-59 anos	18,8	12,0	25,3	
Filhos (%)				
Nenhum	54,0	57,5	50,6	<0,001
1 a 2 filhos	35,9	36,8	34,9	
3 a 4 filhos	10,1	5,7	14,5	

Teste qui-quadrado $p < 0,05$.

A prática da atividade física habitual é apresentada na tabela 2. Foi verificada diferença significativa na caminhada ($p < 0,001$) e na atividade física total ($p < 0,001$), nas quais observou-se que as mulheres de Lages apresentaram maior quantidade de tempo dedicado a estas variáveis (55 ± 51 min/d) e (156 ± 125), respectivamente, quando comparadas às mulheres de Joinville (36 ± 31 min/d) e (126 ± 88), respectivamente. Em relação ao tempo em que permanecem sentadas durante a semana e finais de semana, as mulheres de Joinville apresentaram as maiores médias ($p < 0,001$; $p = 0,001$) respectivamente.

Tabela 2 - Prática da atividade física habitual das mulheres de acordo com a região. Lages e Joinville - SC. 2013.

	Grupo 1 (Lajes)	Grupo 2 (Joinville)	Valor de p
Caminhada (min/d)	55±51	36±31	<0,001
AF mod. (min/d)	61±63	54±49	0,074
AF vig. (min/d)	40±56	36±42	0,256
AF mod+vig (min/d)	101±99	90±75	0,090
AF total (min/d)	156±125	126±88	<0,001
Sent./semana (min/d)	1830±1114	2490±1688	<0,001
Sent./fds. (min/d)	783±544	880±456	0,011

AF. Atividade física; mod. Moderada; vig. Vigorosa; min/d; minuto/dia; Sentado/sem. Sentado semana; Sentado/fds. Sentado final de semana. ANOVA - $p < 0,05$

Quanto ao nível de atividade física habitual das participantes do estudo (tabela 3), é possível observar que 71,7% das mulheres são classificadas como suficientemente ativas (ativas + muito ativas), com destaque para as mulheres classificadas como ativas em Joinville (39,2%) e em Lages como muito ativas (45%) ($p < 0,001$).

Tabela 3 - Nível de atividade física habitual das mulheres de acordo com região. Lages e Joinville - SC. 2013.

	Total	Grupo 1 (Lajes)	Grupo 2 (Joinville)	Valor de p
Insuficientemente Ativa (%)	28,4	27,0	27,3	<0,001
Ativa (%)	32,8	28,0	39,2	
Muito ativa (%)	38,9	45,0	33,5	

Nível de AF. Nível de atividade física habitual. Teste qui-quadrado $p < 0,05$.

A associação dos fatores demográficos de acordo com o nível de atividade física das participantes do estudo é apresentada na tabela 4, na qual observou-se, apesar de fraca associação em ambas as variáveis ($v = 0,184$; $v = 0,175$), que as mulheres que possuem ensino médio mostraram-se muito ativas (48%) ($p = 0,001$) e aquelas que pertencem ao estrato econômico B revelaram-se insuficientemente ativas (53%).

Tabela 4 - Comparação e associação do nível de atividade física habitual com os fatores demográficos e status do peso em mulheres. Lages e Joinville - SC. 2013.

	Total	Insuficientemente Ativa	Ativa	Muito Ativa	Valor de p	V de Cramer
Escolaridade (%)						
Ensino fundamental	12,3	8,0	11,3	15,6	0,001	0,184
Ensino médio	44,4	44,5	40,2	48,8		
Ensino superior	43,3	47,5	48,5	36,4		
Estado conjugal (%)						
Morando junto	47,6	49,0	45,0	48,7	0,748	0,042
Morando separado	52,4	51,0	55,0	51,3		
Status de peso (%)						
Peso normal	68,4	70,0	68,3	66,8	0,493	0,059
Acima do peso	31,6	30,0	31,7	33,2		
Estrato econômico (%)						
A	11,1	13,5	10,0	10,4	0,010	0,175
B	47,2	53,0	48,9	41,8		
C	28,3	27,0	23,8	32,5		
D	13,4	6,5	17,3	15,3		
Faixa etária (%)						
20-32 anos	59,7	67,4	54,0	58,6	0,135	0,119
33-45 anos	21,5	18,6	23,5	21,8		
46-59 anos	13,4	14,0	22,5	19,6		
Filhos (%)						
Nenhum	54,0	58,5	51,5	53,2	0,075	0,127
1 a 2 filhos	35,9	35,5	33,8	37,5		
3 a 4 filhos	10,1	6,0	14,7	9,3		

Valor de p: Nível de significância relativo à comparação da amostra entre os grupos efetuada por meio do teste qui-quadrado ($p < 0,05$).

Discussão

Diante do objetivo do presente estudo que foi comparar a atividade física habitual das mulheres da região Norte e Serrana de Santa Catarina, os resultados indicaram que 71,7% das mulheres foram classificadas como suficientemente ativas (ativas + muito ativa) e as duas regiões estudadas apresentaram alta prevalência de atividade física, 73% para região Serrana e 72,7% para região Norte. Apesar de utilizar o mesmo instrumento de medida (IPAQ), esses resultados diferem de resultados já encontrados em Santa Catarina, especificamente na cidade de Joaçaba, em que o IPAQ foi empregado na forma de entrevista, com uma prevalência de 42,6% de atividade física tanto de homens quanto de mulheres²⁰. Essa maior prevalência de atividade física apresentada em nosso estudo, pode em parte ser atribuída ao fato de que os entrevistados apresentam dificuldade em distinguir as atividades moderadas e vigorosas e com isso, podem ter superestimado sua prática de atividade física²⁶⁻²⁸. Entretanto, cabe ressaltar, que o IPAQ é o instrumento mais utilizado em estudos brasileiros e internacionais sobre atividade física, pela facilidade de aplicação em grandes amostras e por possibilitar a comparabilidade entre estudos²⁹.

Ao comparar a prevalência de atividade física das mulheres das duas regiões neste estudo, pode-se observar que ambas as regiões obtiveram bons escores em relação ao nível de atividade física. Provavelmente isso esteja relacionado ao fato de que Lages e Joinville dispõem de academias nas praças públicas, contando com aparelhos e Profissionais de Educação Física que auxiliam e incentivam a prática de atividade física da população¹⁹. Estudos demonstram que

um local adequado favorece a prática de atividade física^{19,36}. No caso de Joinville, há em sua estrutura 115 km de vias cicláveis³⁰, facilitando dessa forma, o uso da bicicleta e aumentando a prática de atividade física, uma vez que 12% dos deslocamentos em Joinville são feitos por bicicletas, muito acima da média nacional de 1,75%³¹.

Quanto à intensidade da atividade física apresentada pelas mulheres deste estudo, pode-se observar que as mulheres de ambas as cidades dedicavam maior tempo de atividade física na intensidade moderada (61±63 min/d - Lages; 54±49 min/d - Joinville). No entanto, não houve diferença entre as regiões estudadas. A diferença significativa foi relatada para a caminhada e para a atividade física total (<0,001; <0,001), respectivamente. As mulheres da região Serrana reportaram maior prática de caminhada (55±51 min/d) quando comparadas as da região Norte (38±31 min/d). Da mesma forma, Zanchetta et al.³² verificaram em seu estudo, que entre as modalidades praticadas no lazer, a caminhada foi a mais prevalente nas mulheres com 16,7%. Outro estudo também verificou que a caminhada é mais frequentemente realizada pelas mulheres (48±43 min/d), representando aproximadamente 70% da atividade física diária total³³. Segundo Rech et al.³⁴ a caminhada é uma atividade comum ao ser humano, enquanto as atividades físicas moderadas e vigorosas envolvem maior complexidade de ações motoras, além de maior intensidade. Atrélado a este contexto, a caminhada além de ser frequentemente utilizada como exercício físico, particularmente entre indivíduos com menor aptidão física, constitui uma forma ativa de deslocamento³³. Em países do norte da Europa, como na Finlândia, Suécia e Irlanda o deslocamento ativo, por meio da caminhada ou da bicicleta, contribui de forma significativa para o cumprimento da recomendação da acumulação dos 30 minutos diários de atividade física³⁵.

As mulheres de Joinville relataram ficar maior tempo sentadas durante a semana (2490±1688) e finais de semana (880±456), indo ao encontro à menor prevalência de atividade física em relação às mulheres de Lages. Apesar de não ter sido avaliado o momento profissional dessas mulheres, é possível elucidar, com base na faixa etária apresentada por elas (51,4% pertencem a faixa etária de 20-32 anos), que as mesmas estão solidificando suas carreiras, dessa forma, passam um maior tempo sentadas estudando e/ou trabalhando, dispondo de menor tempo para a prática de atividade física³⁶. Alguns estudos científicos afirmam que a falta de tempo e a jornada de trabalho ou de estudos são usualmente apontados como os principais empecilhos para adesão à prática de atividade física entre indivíduos de diferentes faixas etárias e categorias profissionais³⁷⁻³⁹. É importante destacar ainda, que o tempo gasto sentado está diretamente ligado ao aparecimento de doenças, especificamente ao aumento da obesidade, hipertensão e síndrome metabólica⁴⁰.

Estudos apontam que a escolaridade, o número de filhos, o estado nutricional, o estado conjugal e o estrato socioeconômico são fatores decisivos para um estilo de vida ativo^{41-44,11}. Contudo, no presente estudo, houve associação apenas com a escolaridade e o estrato econômico (p= 0,001; 0,010) respectivamente. Dessa forma, pode-se observar que as mulheres com ensino médio foram consideradas muito ativas, apesar da pequena diferença em relação às mulheres do ensino superior (12%). Estes resultados discordam da literatura, pois segundo os estudos de Martinez-Gonzalez et al.⁴⁵ Matsudo et al.⁴³ e VIGITEL11 indivíduos com mais anos de escolaridade demonstram geralmente maior atividade física devido a diferenças na condição financeira, e conseqüentemente na oportunidade de acesso aos recursos e às orientações para a saúde. Em relação ao estrato socioeconômico, pode-se observar que as mulheres classificadas com estrato econômico B apresentaram-se mais insuficientemente ativas em relação às classificadas em outros estratos. Estes achados corroboram com os resultados encontrados em outros estudos, nos quais a inatividade física foi mais prevalente entre indivíduos de maior renda mensal^{18, 20,46}.

Como na maior parte dos estudos sobre atividade física, o presente estudo foi avaliado por meio de um questionário, o que pode representar uma limitação deste estudo. Apesar das restrições relacionadas ao instrumento, os resultados deste estudo poderão contribuir para o avanço científico nesta temática, além de permitir comparações e novas reflexões em outros contextos.

Considerações Finais

Os resultados evidenciam que as mulheres de ambas as regiões são ativas, no entanto, apresentando diferença mínima, as mulheres residentes em Lages foram consideradas mais ativas, realizando maior tempo de atividade física habitual, com destaque para prática da caminhada. Desta forma, pode-se concluir que as mulheres das duas regiões estudadas atendem a recomendação da Organização Mundial da Saúde (2011) para a prática de atividade física e acumulam pelo menos 30 minutos de atividade física moderada diariamente.

Por fim, cabe ressaltar a necessidade de novas pesquisas que aprofundem os aspectos trabalhados neste estudo, estendendo-os a outras populações e contextos socioculturais, envolvendo maior número de participantes a fim de verificar a generalização destes dados.

Referências Bibliográficas

1. Chaput JP, Saunders TJ, Mathieu ME, Henderson M, Tremblay MS, O'Loughlin J et al. Combined associations between moderate to vigorous physical activity and sedentary behaviour with cardiometabolic risk factors in children. *Appl. Physiol. Nutr. Metab.* 2013; 38 (5):477-483.
2. Cipriani NCS, Meurer ST, Benedetti TRB, Lopes MA. Aptidão funcional de idosos praticantes de atividades físicas. *Rev bras cineantropom desempenho hum.* 2010; 12 (2): 106-111.
3. Guimarães AC A, Baptista, F. Influence of habitual physical activity on the symptoms of climacterium/menopause and the quality of life of middle-aged women. *Int J Womens Health*, 2011; 3: 319-328.
4. Ceschini FL, Andrade DR, Oliveira LC, Araújo Júnior JF, Matsudo VK. Prevalence of physical inactivity and associated factors among high school students from state's public schools. *J Pediatr (Rio J)*. 2009; 85 (4):301-6
5. World Health Organization (US). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*, 2010.
6. Haskell WL, Lee I-M, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc. Special reports.* 2007; 116: 1423-1434.
7. Ferreira M, Matsudo S, Matsudo V, Braggion G. Efeitos de um programa de orientação de atividade física e nutricional sobre o nível de atividade física de mulheres fisicamente ativas de 50 a 72 anos de idade. *Rev Bras Med Esporte.* 2005; 11(3): 172-176.
8. Barreto SM, Figueiredo RC. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. *Rev Saúde Públ.* 2009; 43(Suppl 2): 38-47.
9. Moretti, AC, Almeida V, Westphal MF, Bógus CM.. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. *Saúde soc.* 2009; 18(2): 346-354.
10. Ministério da saúde (Brasil). Estimativas sobre frequência e distribuição sócio demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2011, 2012.
11. *Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.* Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
12. Bauman A, Bull F, Chey T, Craig CL, Ainsworth BE, Sallis JF et al. The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 different countries. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2009; 6 (89): 21-32.
13. Sávio KEO, Costa THM da, Schmitz BAS, Silva EF da. Sexo, renda e escolaridade associados ao nível de atividade física de trabalhadores. *Rev Saúde Públ.* 2008; 42(3): 457-463.
14. Silva RB, Costa-Paiva L, Pinto NAM, Braga AA, Morais SS. Atividade física habitual e risco cardiovascular na pós-menopausa. *Rev Assoc Med Bras.* 2006; 52 (4): 242-246.
15. Boran A, Shawaheen M, Khader Y, Amarin Z, Hill Rice V. Work-related stress among health professionals in northern Jordan. *Occup Med.* 2012; 62(2): 145-147.
16. Vieira JA. A identidade da mulher na modernidade. *DELTA.* 2005; 21 (spe): 207-238.
17. Bicalho PG, Hallal PC, Gazzinelli A, Knuth AG, Velásquez-Meléndez G. Atividade física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Públ.* 2010; 44(5): 884-893.
18. Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc.* 2003; 35 (11): 1894-1900.
19. Lopes JA, Longo GZ, Peres KG, Boing AF, Arruda MP. Fatores associados à atividade física insuficiente em adultos: estudo de base populacional no sul do Brasil. *Rev. bras epidemiol.* 2010; 13 (4): 689-698.
20. Baretta E, Baretta M, Peres KG. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no Município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23 (7): 1595-1602.
21. Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (Brasil). *Projeção da população do Brasil/censo 2010.* Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 02 de maio de 2012.

22. Barbetta PA. Estatística aplicada às ciências sociais. 7 ed. rev. Florianópolis: Editora da UFSC, 2008.
23. World Health Organization (US). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 2004.
24. Associação Brasileira De Empresas De Pesquisa (Brasil). Critério de Classificação Econômica Brasil, 2010.
25. Pardini R, Matsudo S, Matsudo TAV, Andrade E, Braggion G, Andrade D et al. Validation of the international physical activity questionnaire (IPAQ): pilot study in brazilian young adults. *Med Sci Sports Exerc.* 1997; 29: S5-S9.
26. Ainsworth BE, Macera CA, Jones DA, Reis JP, Addy CL, Bowles HR et al. Comparison of the 2001 BRFSS and the IPAQ physical activity questionnaires. *Med Sci Sports Exerc.* 2006; 38(9): 1584–1592.
27. Rzewnicki R, Auweele YV, Bourdeaudhuij I. Addressing overreporting on the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) telephone survey with a population sample. *Public Health Nutr.* 2003; 6(3): 299-305.
28. Sallis JF, Saelens BE. Assessment of physical activity by self-report: status, limitations, and future directions. *Res Q Exerc Sport.* 2000; 71(2Suppl):S1-S14.
29. Hallal PC, Dumith SC, Bastos JP, Reichert FF, Siqueira FV, Azevedo MR. Evolução da pesquisa epidemiológica em atividade física no Brasil: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(3): 453-460.
30. Prefeitura Municipal de Joinville (Brasil). Joinville Cidade em dados 2013. Disponível em: <http://www.joinville.sc.gov.br/>. Data de acesso: 22 de setembro de 2013.
31. Prefeitura Municipal de Joinville (Brasil). Pesquisa Origem/Destino. Pesquisa Domiciliar Parte III– Características dos Deslocamentos. v. 2, 2010. Disponível em: <http://www.joinville.sc.gov.br/>. Data de acesso: 22 de setembro de 2013.
32. Zanchetta LM, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M, Alves MCGP. Inatividade física e fatores associados em adultos, São Paulo, Brasil. *Rev. bras. epidemiol.* 2010; 13 (3): 387-399.
33. Guimaraes ACA, Baptista F. Prevalence of sufficient physical activity in middle-aged women from a Brazilian state capital. *Rev bras cineantropom desempenho hum.* 2013; 5(6): 677-685.
34. Rech CR, Fermio RC, Hallal PC, Reis RS. Validade e fidedignidade da escala de satisfação com a prática de atividade física em adultos. *Rev Saúde Públ.* 2011; 45(2): 286-293.
35. Sjostrom M, Oja P, Hagströmer M, Smith BJ, Bauman A. Health-enhancing physical activity across European Union countries: the Eurobarometer study. *J Public Health.* 2006; 14(5): 291-300.
36. Sousa TFD, Fonseca AS, Barbosa AR. Perceived barriers by university students in relation the leisure-time physical activity. *Rev Bras Cineantropom Desempenho Humano.* 2013; 15(2):164-173.
37. Castro-Carvajal JA, Patiño-Villada FA, Cardona-Rendón BM, Ochoa- Patiño V. Aspectos Asociados a la Actividad Física en el Tiempo Libre en la Población Adulta de un Municipio Antioqueño. *Rev Salud Pública.* 2008; 10(5): 679-690.
38. Dunton GF, Schneider M. Perceived barriers to walking for physical activity. *Prev Chronic Dis.* 2006; 3(4): 1-11.
39. Reichert FF, Barros AJ, Domingues MR, Hallal PC. The role of perceived personal barriers to engagement in leisure-time physical activity. *Am J Public Health.* 2007; 97(3): 515-9.
40. Owen N, Healy GN, Matthews CE, Dunstan DW. Too much sitting: the population health science of sedentary behavior. *Exerc Sport Sci Rev.* 2010; 38(3):105-113.
41. Camões M, Lopes C. Fatores associados à atividade física na população portuguesa. *Rev Saúde Públ.* 2008; 42(2): 208-216.
42. Malta DC, Castro AM, Gosch CS, Cruz DKA, Bressan, Nogueira JD et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol Serv Saúde.* 2009; 18(1): 79-86.
43. Matsudo SM, Matsudo VR, Araújo T, Andrade D, Andrade E, Oliveira L et al. Nível de atividade física da população do estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. *RBCM.* 2002; 10(4): 41-50.
44. Siqueira F V, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS et al . Atividade física em adultos e idosos residentes em áreas de abrangência de unidades básicas de saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(1): 39-54.
45. Martínez-González MA, Varo JJ, Santos JL, Irala J de, Gibney M, Kearney J et al. Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Med Sci Sports Exerc.* 2001; 33(7):1142-1146.
46. Masson CR, Dias-da-Costa JS, Olinto MTA, Meneghel S, Costa CC da, Bairos F et al. Prevalência de sedentarismo nas mulheres adultas da cidade de São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(6):1685-1694.

Camila da Cruz Ramos de Araujo

Endereço para correspondência – Evaldo Schaeffer, 422, bloco B10 Apto 23. Bairro Jardim Atlântico, CEP 88095-350, Florianópolis, SC, Brasil.

E-mail: cami.ramosdearaujo@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0696770907183182>

Alexandrina Gomes de Oliveira – alexandrina2312@gmail.com

Adriana Coutinho de Azevedo Guimarães – nanaguim@terra.com.br

Leonessa Boing – leonessaboing@gmail.com

Melissa de Carvalho Souza – mecarvalho.s@gmail.com

Zenite Machado – zenite13@yahoo.com.br

Enviado em 11 de fevereiro de 2014.

Publicado em 15 de setembro de 2014.

Frequência de dor lombar em operadoras de telemarketing em Santa Maria, RS

Hedioneia Maria Foletto Pivetta¹, Ana Paula Ziegler Vey²

RESUMO

O objetivo do estudo foi avaliar a frequência de dor lombar em operadoras de telemarketing de uma empresa da cidade de Santa Maria/RS, bem como sua situação laboral e capacidade funcional das funcionárias que possuem dor lombar. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: a ficha de avaliação além dos questionários de Avaliação Funcional de Oswestry e de Roland-Morris. Fizeram parte da amostra oito funcionárias, com idade média de 25 anos. Das oito voluntárias, cinco apresentaram média de dor lombar 5 ($\pm 2,44$) na escala visual analógica; no questionário Roland Morris a pontuação média foi de 2,8 ($\pm 2,48$) e no questionário de Oswestry de 7% de incapacidade. Pode-se concluir que a dor lombar esteve presente em cinco das oito funcionárias avaliadas, caracterizando-se como dor de média intensidade. A situação laboral identificada permite inferir que as operadoras de telemarketing trabalham na posição sentada e possuem pouco tempo de trabalho na empresa. O maior cansaço identificado foi o mental. O índice de incapacidade funcional baixo.

Descritores: Dor Lombar; Fisioterapia; Saúde do Trabalhador

Frequency of low back pain in operators telemarketing in Santa Maria, RS

ABSTRACT

The aim of the study was to evaluate the frequency of back pain in telemarketing operators of a company from Santa Maria / RS, as well as their employment status and functional capacity of employees who possess low back pain. The instruments used for data collection were: the evaluation form questionnaires beyond the Functional Assessment of Oswestry and Roland-Morris. The sample consisted of eight employees, with an average age of 25 years. Of the eight volunteers, five had average back pain 5 ($\pm 2,44$) on the visual analogue scale; Roland Morris questionnaire in the average score was 2.8 ($\pm 2,48$) and the Oswestry questionnaire 7% disability. It can be concluded that low back pain was present in five of the eight evaluated employees, characterized as average pain intensity. The identified employment situation can be inferred that the telemarketing operators work in a seated position and have little time working in the company. The largest strain identified was mental. The low rate of functional disability.

Descriptors: Low Back Pain; Physiotherapy; Occupational Health.

¹Doutora em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

²Mestranda em Gerontologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

Introdução

A inserção da tecnologia no ambiente de trabalho aumentou a sobrecarga laboral, sendo que os funcionários necessitam manter posturas sentadas por um período maior de tempo^{1,2}. Esse trabalho especializado impõe ao corpo posturas paradoxais em que segmentos como a coluna vertebral permanecem estáticos por longos períodos enquanto os membros superiores precisam realizar movimentos altamente elaborados e repetitivos^{3,4}.

Além das mudanças no modo de execução das atividades laborais, a mulher, em especial, conquistou seu espaço no mercado de trabalho. Segundo dados da Fundação Carlos Chagas⁵, em 1970 apenas 18% das mulheres brasileiras trabalhavam, já em 2002 a metade dessas mulheres estavam inseridas no mundo do trabalho. Exposta as variações hormonais mensais, as mulheres possuem constituição corporal distinta da dos homens. Somado a isso, o sedentarismo e a manutenção da postura predispõe a quadros álgicos. Assim, a mulher do século XXI, que trabalha em setores administrativos pode estar exposta a lesões ocupacionais que podem levar as dores nas costas.

É esperado que 80% da população mundial sofrerá de dor nas costas, em alguma fase da vida, geralmente na região lombar, três vezes mais frequentemente do que dor na região superior do dorso⁶. Essa dor possui múltiplos fatores, entre eles a adoção de má postura, sedentarismo, movimentos repetitivos no ambiente de trabalho, nos afazeres domésticos, entre outros fatores associados, incluindo a execução errônea de exercícios^{7,8}.

A partir do delineamento dos múltiplos agentes danosos no ambiente de trabalho, pressupõe-se condicionante o olhar de pesquisadores da área de saúde voltado ao trabalhador, buscando, através de seus estudos, melhoria nas condições de trabalho e de vida destas pessoas. No contexto da área da saúde, destaca-se a fisioterapia, profissão que possui raízes na reabilitação física e que vem ganhando espaço no ambiente do trabalho, especialidade surgida diante da necessidade do acompanhamento da saúde do trabalhador em geral⁹.

Dentre os serviços em que mais mulheres estão inseridas e a atividade laboral se dá quase que em sua totalidade na posição sentada, podem-se destacar os serviços de teleatendimento, que ganhou impulso no Brasil no final dos anos 1980 e, progressivamente, vem sendo incorporado a vários setores da economia. É uma nova atividade, nascida da necessidade de se ganhar tempo e de se reduzir distâncias^{10,11}.

Com relação aos trabalhadores que exercem atividade de teleatendimento, o Código Brasileiro de Ocupações (CBO), agrupa e classifica essas ocupações sob o termo "Operadores de telemarketing" com a seguinte descrição de atividade: Atendem usuários, oferecem serviços e produtos, prestam serviços técnicos especializados, realizam pesquisas, fazem serviços de cobranças e cadastramento de clientes, sempre via teleatendimento, seguindo roteiros planejados e controlados para captar, reter ou recuperar clientes¹². A realidade organizacional nas centrais de teleatividades busca atualmente a maximização dos resultados, porém, conseqüentemente, vem gerando impactos sobre a saúde dos seus trabalhadores. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a frequência de dor lombar em operadoras de telemarketing bem como sua capacidade funcional e a situação laboral destas trabalhadoras.

Metodologia

A pesquisa foi do tipo descritiva exploratória de cunho quantitativo. A população do estudo foi composta por funcionárias operadoras de telemarketing de uma empresa de Call Center localizada uma cidade do interior do RS. Foram considerados como critérios de inclusão: profissionais operadoras de telemarketing, do gênero feminino, com idade entre 20 e 40 anos, que trabalha sem em uma empresa de Santa Maria, com no mínimo seis meses de trabalho no setor e que cumpram uma carga horária de no mínimo 30 horas semanais.

Após contato e autorização da empresa (a única existente na cidade), os questionários foram entregues para o gerente (por solicitação do mesmo), que direcionou para cada funcionária. A referida empresa é constituída por um total de 18 funcionários (entre técnico administrativos e operadores), sendo que destes oito são operadores de telemarketing, sendo que todas são do gênero feminino e concordaram em participar do estudo. Foi agendada uma data para o recolhimento dos instrumentos (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e questionários), de dez dias após a entrega.

- Foram utilizados para coleta de dados:
- Ficha de avaliação adaptada de Queiroga¹³, composta pelos dados de identificação, sócio-demográficos de cada participante, dados sobre as condições de trabalho, situação laboral e dor músculo esquelética (Escala Análogo Visual - EVA e diagrama corporal)¹⁴.

- Questionário Roland Morris utilizado para avaliar o desempenho funcional das participantes. Este Questionário é composto por 24 alternativas a serem assinaladas com o objetivo de relatar as situações cotidianas e laborais que podem estar comprometidas pela dor lombar. Quanto maior o número de itens assinalados, pior o estado de saúde do avaliado^{15,16}.

- Questionário de Avaliação Funcional de Oswestry, sendo uma ferramenta composta por dez sessões com perguntas constituídas de 6 alternativas com escore correspondente que varia de zero a cinco pontos de acordo com a intensidade e gravidade da dor e comprometimento da coluna lombar. O trabalhador foi instruído a assinalar, em cada sessão, a alternativa que melhor representasse seu estado físico. O resultado final foi obtido em porcentagem por meio da fórmula: soma dos escores das sessões x 100 ÷ 50, onde 50 representa o escore máximo possível. Os valores mais altos se referem à maior incapacidade do indivíduo¹⁷.

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva simples das respostas dos questionários. O projeto de pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos, protocolo CAAE nº 12407113.4.0000.5346.

Resultados

Das oito operadoras de telemarketing, todas responderam a pesquisa e assinaram o TCLE. A idade média foi de 25 ± 6,05 anos, sendo que somente duas tinham filho e duas eram tabagistas.

A análise da ficha de avaliação com relação a situação laboral atual permitiu identificar que a média de trabalho em anos na empresa é de 2,6 ± 1,9 anos, sendo que todas desenvolvem suas atividades laborais na posição sentada, durante 6 horas diárias com dois intervalos de dez minutos. Ainda quanto à situação laboral, quando questionadas ao cansaço produzido pela função, todas referiram sentir ao final do dia de trabalho e, quanto a natureza do cansaço, seis das mulheres manifestaram cansaço mental, uma somente cansaço físico e uma manifestou ambos (físico e mental).

Já com relação a demanda exigida pela função, cinco considerou a demanda mental, sendo que três consideraram que a demanda de trabalho exigida foi física e mental. Outro dado que a pesquisa evidenciou foi o alto índice de sedentarismo das participantes, sendo que sete delas não realizava atividade física regular.

Quando questionadas acerca da dor músculo esquelética, cinco das mulheres responderam afirmativamente, sendo a média assinalada na EVA de 5 ± 2,44, considerada como dor de média intensidade¹⁴. Quando perguntadas se a dor ocasionava impedimento para frequentar o trabalho, somente duas responderam afirmativamente.

Os resultados do questionário Roland Morris utilizado para avaliar o desempenho funcional, cujos valores variam de zero (totalmente capaz apesar da dor) e 24 (totalmente incapaz por causa da dor nas costas), demonstram escores baixos, inferindo que a dor manifestada pouco interfere na capacidade funcional destas pesquisadas, conforme dados da Tabela 1.

Tabela 1 — Nível de incapacidade funcional de mulheres com dor lombar

Roland Morris	N
0 •– 6 PONTOS	7
7 •– 13 PONTOS	1
14 •– 24 PONTOS	0
TOTAL	8

A média do nível de incapacidade foi de 2,8 ± 2,4 pontos, sendo considerado baixo para o nível de incapacidade funcional.

Com relação ao questionário de Oswestry, a média do escore encontrado na população estudada foi de 7 ± 6,4% de incapacidade sendo o mínimo zero e máximo mencionados nos escores 14, sendo considerada incapacidade mínima apesar da presença de dor lombar.

Discussão

A amostra estudada apresentou características laborais que se reportam a postura sentada, com carga horária diária de seis horas com dois intervalos de dez minutos. A posição sentada possibilita pouca margem de movimentação, tendo

como consequência carga estática sobre certos segmentos corporais. A postura sentada, por melhor que seja, impõe uma carga biomecânica sobre os discos intervertebrais, principalmente na região lombar^{18,19}.

É sabido que a posição sentada aumenta a pressão intra discal, elevando assim o risco de hérnia no disco intervertebral²⁰. As cargas na coluna são sempre maiores na posição sentada do que na postura em pé, devido aos elementos posteriores da coluna vertebral que formam uma carga ativa quando em pé. No entanto, na posição sentada não há participação destes elementos de força anti gravitacional permitindo assim que os discos recebam uma carga maior²¹.

Trabalhar sentado não é assim tão inofensivo como pode parecer à primeira vista. Os autores Viel e Esnault²², afirmam que no decorrer do tempo o conceito de trabalho e a natureza do mesmo mudaram consideravelmente, pois as atividades em pé foram substituídas gradualmente pelas atividades sentadas, e conseqüentemente os indivíduos que permanecem longos tempos sentados como escolares, funcionários técnico administrativo, motoristas e todos aqueles cuja atividade laborativa exige esta postura, são expostos a riscos ocupacionais, sendo mais comum patologias da coluna lombar²².

Pesquisadores afirmam que os segmentos da coluna vertebral são suscetíveis a alterações no decorrer da vida devido às adaptações que a vida lhes impõe. O modelo biomecânico da coluna vertebral não foi feito para permanecer por longos períodos na posição sentada, e explicitam algumas formas de sentar e suas possíveis conseqüências como fadiga, dores lombares e câibras^{23,24}. A incidência da dor lombar é maior em trabalhadores submetidos a esforços físicos pesados, como levantamento de pesos, movimentos repetitivos e posturas estáticas frequentes²⁵.

Apesar das considerações reportadas na literatura a amostra estudada apresentou média de dor lombar na EVA de cinco, o que pode ser considerada dor de média intensidade. Relacionada a esse achado, o resultado para o índice de incapacidade funcional avaliado pelo questionário de Roland Morris e Oswestry também apresentaram escores baixos, 2,8 pontos e 7 %, respectivamente.

Este achado pode ser relacionado ao fato das voluntárias constituírem uma população ainda jovem com pouco tempo laboral nesta função. Este achado corrobora com Buscatto²⁶ que aponta que 76% dos operadores têm menos de 30 anos, 86% menos de dois anos de experiência em teleatendimento.

A coluna lombar é uma região que faz parte do um complexo lombo-pélvico, descrito na literatura como “centro”, uma denominação decorrente do fato de que nesta região fica posicionado o centro de gravidade, onde a maioria dos movimentos é iniciada de acordo com a transmissão de carga do corpo, constituindo assim, uma fonte potencial de dor²⁷.

Outra informação identificada nos instrumentos de pesquisa foi o cansaço referido por todas as participantes ao final da carga horária de trabalho sendo, principalmente, o cansaço mental. Os estudos de Torres² e Abrahão et al.²⁸ descrevem os sintomas e quadros mórbidos prevalentes, com ênfase para os casos frequentes de sintomas depressivos e sensação de fadiga mental no setor de teleatendimento, com efeitos na esfera da vida extratrabalho. Vilela e Assunção²⁹ afirmam em seu estudo que a empresa depende do esforço mental dos teleatendentes para diminuir os efeitos derivados da impossibilidade de garantir a satisfação do cliente nos tempos previstos por suas metas comerciais, causando muita pressão psicológica nos seus funcionários.

Além disso, as centrais de atendimentos esperam que os operadores tenham uma “atitude neutra” em relação ao comportamento dos consumidores, sem deixar transparecer sentimentos desagradáveis ou ruins. Portanto, lidar com todas essas questões exige esforço cognitivo e de controle emocional³⁰. O estudo de Corrêa et al³¹, envolvendo a carga cognitiva da atividade do operador de telemarketing, observou que 53% da população entrevistada sentem que realizam muito mais do que pode; 63% sentem-se nervosas por causa do trabalho e 62% referem-se esgotadas no final do dia.

No Brasil, o Departamento de Saúde e Segurança no Trabalho ligado ao Ministério do Trabalho e Emprego¹², afirma que a atual forma de organização das centrais de teleatendimento telefônico impõe, de forma simultânea, trabalho sob grande pressão de tempo, elevado esforço mental, elevado esforço visual, exigência de grande responsabilidade acompanhada de falta de controle sobre o processo de trabalho, rigidez postural e sobrecarga estática de segmentos corporais.

Apesar de numerosas causas e fatores de risco que estão relacionados com a lombalgia, Nieman³² e Santos³³ a caracterizam como uma doença de pessoas com vida sedentária; a inatividade física estaria relacionada direta ou indiretamente com dores na coluna; a maior parte da atenção dirige-se a considerá-la um subproduto da combinação da aptidão músculo-esquelética deficiente e uma ocupação que force essa região^{32,33}. Num estudo longitudinal realizado por Thorbjornsson³⁴, foram pesquisados fatores ocupacionais relacionados com a lombalgia. Os resultados apontaram que, em ambos os sexos, tanto o sedentarismo como o trabalho com grandes cargas, representam indicadores de risco para a lombalgia. Acredita-se que a postura sentada e o sedentarismo podem provocar alterações musculoesqueléticas, como a diminuição dos níveis de força e de amplitude de movimento³⁵.

A principal limitação deste estudo foi o número amostral baixo, porém considerando a relevância do tema para os profissionais da área da saúde, principalmente o fisioterapeuta, devido ao grande número de pacientes com incapacidade devido a dor lombar, sugere-se mais estudos nesta área e com esta população, com um número amostral maior investigando ainda as consequências a longo prazo no desempenho dessa função.

Conclusão

A dor lombar esteve presente na maioria da amostra estudada, mesmo sendo uma dor de intensidade média; a maioria das voluntárias apresentou um nível de incapacidade baixo. Pode-se observar também que as trabalhadoras desenvolvem suas atividades na posição sentada e possuem pouco tempo de trabalho na empresa e apresentam grande cansaço mental após a jornada de trabalho.

Referências bibliográficas

1. Michael M. Stress - sinais e causas. Roche; 1998.
2. Torres CC. A atividade nas centrais de atendimento: outra realidade, as mesmas queixas [Dissertação de Mestrado]. Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2001.
3. Coury HJC. Perspectivas e Requisitos para a Atuação Preventiva da Fisioterapia nas Lesões Músculo Esqueléticas. *Fisioterapia em Movimento*. 1992/1993; 5(2):63-8.
4. Rohlmann A. et al. Measured loads on a vertebral body replacement during sitting. *The Spine Journal*. 2011;11(9):870-5.
5. Fundação Carlos Chagas. Mulheres, trabalho e família. Disponível em: <www.fcc.org.br>. Acesso em: 28/11/2012.
6. Rasch PJ. Cinesiologia e anatomia aplicada. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1989.
7. Ladeira CE. Evidence based practice guidelines for management of low back pain: physical therapy implications. *Revista Brasileira de Fisioterapia*. 2011; 15(3):190-9.
8. Vasconcelos AF. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. *Cadernos de Pesquisa em Administração*. 2011;8(1)23-35.
9. Deliberato PCP. Fisioterapia Preventiva. São Paulo: Manole, 2002.
10. Vilela LVO; Assunção AÁ. A atividade do teleatendente: uma interface entre a organização do trabalho e o cliente. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2005. 118p.
11. Gallais S. Les Centres d'appels. Provence, Department d'ERGONOMIE -APST, Université de Provence;1999.
12. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Código Brasileiro de Ocupações, 2002. Disponível em: <<http://www.mteco.gov.br>>. Acesso em: 01 de junho de 2013.
13. Queiroga MR. Testes e medidas para avaliação da aptidão física relacionada à saúde em adultos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S. A.; 2005.
14. Pimenta CAM. Escalas de avaliação de dor. In: Teixeira MD (ed.). Dor: conceitos gerais. São Paulo: Limay 1994; 1.46-56.
15. Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the roland-morris questionnaire - Brazil roland-morris. *Braz J Med Biol. Res.* 2001;34(2):203-10.
16. Roland M, Fairbank J. The Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Questionnaire. *Spine*. 2003;25(3):3115-3124.
17. Beattie P, MAHER C. The role of functional status questionnaires for low back pain. *Aust. Physiother.* 1997;43(1):29-38.
18. Rio, Rodrigo Pires; PIRES, Licínica. Ergonomia: fundamentos da prática ergonômica. 2. ed. Belo Horizonte: Health, 1999.
19. Heuch I et al. . The impact of body mass index on the prevalence of low back pain: the HUNT study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010;35(7):764-768.
20. Brito, PM, et al. Análise da relação entre a postura de trabalho e a incidência de dores na coluna vertebral. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2003_TR0406_1582.pdf> Data de acesso: 10/12/2012.

21. Marras W. Biomechanics of the human body. In: Salvendy, Handbook of human factors and Ergonomics , 2 ed. Nova Iorque: John Wiley & Sons; 1997.
22. Viel E.; Esnault M. Lombalgias e cervicalgias da posição sentada: conselhos e exercícios. São Paulo: Editora Manole; 2000.
23. Braccialli LMP.; Vilarta R. Aspectos a serem considerados na elaboração de programas de prevenção e orientação de problemas posturais. Revista Paulista de Educação Física. São Paulo. 2000;14(1):16-28.
24. Knoplich J. Viva bem com a coluna que você tem: dores nas costas, tratamento e prevenção. São Paulo: Ibrasa; 1986.
25. Andrade SC, Araújo AG, Vilar MJ . Escola de Coluna: revisão histórica e sua aplicação na lombalgia crônica. Rev Bras Reumatol. 2005;45(4):224-248.
26. Buscatto M. Les Centres d'appels, usines modernes? Les ationalisations paradoxales de la relation téléphonique. Sociologie du travail. 44 (2002) 99-117. Paris: Éditions Elsevier; 2002.
27. Reinehr FR, Carpes FP, Mota CB. Influência do treinamento de estabilização central sobre a dor e estabilidade lombar. Fisioter Mov. 2008; 21(1):123-9.
28. Abrahão JI, Torres CC, Assunção AA. Penosidade e estratégias de atenuação do risco: o caso das telefonistas de uma instituição pública. Estudos, Vida e Saúde. 2003;v.30:85-110.
29. Villela LVO, Assunção AA. Queixas de cansaço e esgotamento de trabalhadores do setor de teleatendimento. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2004; 20(4):1069-1078.
30. Sutton RI. Maintaining norms about expressed emotions: the case of bill collectors. Administrative Science Quarterly. 1991; v.36:245-268.
31. Corrêa FP, et al. Avaliação da carga cognitiva em serviços de teleatendimento. In: VI congresso latino-americano de ergonomia (CD-Rom). Gramado: Abergó; 2001.
32. Nieman DC. Exercício e saúde. São Paulo: Manole; 1999.
33. Santos AC. O exercício físico e o controle da dor na coluna vertebral. Rio de Janeiro: Medsi; 1996.
34. Thorbjornsson CB, et al. Physical and psychosocial factors related to low back pain during a 24-year period. A nested case-control analysis. Spine. 2000; 25:369-74.
35. Reis PF, Moro ARP, Contijo LA. A importância da manutenção de bons níveis de flexibilidade nos trabalhadores que executam suas atividades laborais sentados. Rev Prod On Line. 2003;3(3)1-16.

Hedioneia Maria Foletto Pivetta

Endereço para correspondência – Rua Recanto Verde, 5, Loteamento Behr. Bairro Camobi, CEP: 97604-105, Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: hedioneia@yahoo.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9518521941876440>

Ana Paula Ziegler Vey – aninhaziegler@hotmail.com

Enviado em 02 de abril de 2014.

Publicado em 15 de setembro de 2014.

A importância de um programa ludomotor e da estimulação cortical no desenvolvimento cinestésico de crianças

Alisson Padilha de Lima¹, Fabrício Bruno Cardoso²

RESUMO

O estudo teve por objetivo avaliar o valor de um programa ludomotor combinado com a estimulação cortical voltado para o desenvolvimento cinestésico corporal de crianças. A pesquisa caracterizou-se por um estudo de campo experimental. O grupo participante foi composto por 150 crianças que foram divididas em três grupos. Como instrumento avaliativo utilizou-se Protocolo de avaliação de Bruininks–Oseretsky. Foi empregada uma análise de comparações múltiplas que demonstrou significância num sentido de comparação Pré X Pós teste. Conclui-se que a utilização combinada da estimulação cortical com um programa ludomotor favoreceu o desenvolvimento cinestésico corporal de crianças.

Descritores: Atividade motora, Crianças, Estimulação Auditiva.

The importance of a ludomotor program and cortical stimulation in the development kinesthetic of children

ABSTRACT

The study has the objective of evaluating the value of a ludomotor program combined with the cortical stimulation directed towards the kinesthetic corporal development of children. The research focused on experimental field study. The participant group was composed by 150 children that were divided into three groups. As assessment tool was used Protocol Assessment Bruininks-Oseretsky. An analysis was used for multiple comparisons that showed significance in the sense of comparing X Pre Post Test. It is concluded that the combined use of cortical stimulation with a program ludomotor favored the development of children kinesthetic body.

Descriptors: Motor Activity, Children, Auditory Stimulation.

¹Mestrando em envelhecimento humano pela Universidade do Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brasil

²Doutorando em ciências biológicas pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Introdução

Atualmente poucas pesquisas no âmbito da Educação Física vêm relacionando e identificando o valor de intervenções através da estimulação cortical e programas ludomotores que são caracterizadas pela atividade lúdica combinada com o ato motor, como melhora do repertório motor dessas crianças, onde o ato de brincar estimulado juntamente com o ato motor pode proporcionar condições adequadas ao seu desenvolvimento físico, motor e cognitivo^{1,2}.

Através da combinação de duas intervenções essas crianças podem obter melhoras no seu desenvolvimento cinestésico corporal, que é entendido como o ato de controlar seu próprio corpo e manusear objetos com habilidade, potencializando e explorando a capacidade desses indivíduos em realizar uma tarefa motora que exija um maior grau de destreza³.

Pesquisas indicam que crianças estimuladas, de forma contextualizada, através de programas ludomotores, podem produzir redes de neurônios “exercitados”; e também um número maior de ramificações (dendritos) que se comunica com dendritos de outros neurônios, proporcionando, assim, que as informações proprioceptivas se consolidem na melhor maneira possível em seu córtex cerebral, proporcionando uma melhor integração neurofisiológica^{4,5,6}.

A estimulação ludomotora faz com que a criança tenha como resultado uma memória motora, também conhecida como memória procedural ou de procedimentos, da qual depende, fundamentalmente, o aumento do desempenho que incrementa a precisão do gesto motor^{7,8,9,10}.

Estudos nessa linha de aprendizagem apontam, ainda, para o uso combinado da estimulação ludomotora com a estimulação cortical, que é um recurso tecnológico que pode ser utilizado para produzir mudanças de padrões cerebrais por condicionamento e/ou interação consciente, providos pelos sistemas visual e/ou auditivo¹¹. A estimulação cerebral, neste caso, se dá através do uso de aparelhos eletrônicos que emitem luz e/ou som, no sentido de promover a facilitação de aprendizagem motora¹².

Os “binaural beats” ou batidas binaurais, emitem dois sons coerentes de frequências quase similares apresentadas com fones estéreos em cada ouvido, sendo neurologicamente transportadas para a formação reticular que regula e controla o nível de estresse, atenção e consciência, fatores preponderantes para uma boa aprendizagem e memorização, pois quando o cérebro modula a frequência em torno de 8 a 12 pulsações por segundo há maiores facilidades de aprendizagem por informações diretas ou subliminares, este é o estado alfa, em que o indivíduo se encontra em estado de relaxamento físico e mental^{13,14,15}.

A partir do comentado, o presente estudo teve por objetivo avaliar a importância de um programa ludomotor combinado com a estimulação cortical por vias de batidas “binaural beats”, voltado para a melhora do desenvolvimento cinestésico-corporal de crianças com idade entre 5 e 7 anos de idade.

Metodologia

Tipologia do estudo

O presente estudo foi desenvolvido por meio de um formato ou desenho experimental e operacionalizado por meio de uma avaliação antes (pré-teste), e outra após (pós-teste) a aplicação de uma intervenção¹⁶.

Participantes do estudo

O grupo participante do estudo foi composto por 150 crianças com idade compreendida entre 5 e 7 anos de idade, estudantes da rede pública e particular de ensino do município de Ariquemes no estado de Rondônia. Como critérios de inclusão no estudo foram selecionados aquelas crianças que não apresentaram disfunções neuromotoras de estrabismo e de déficits auditivos severos e as que não atenderam a esses critérios se utilizou do método de exclusão.

Foram divididas de forma randômica em 3 grupos: Grupo 1 -constituído de 50 crianças que apenas realizaram o programa ludomotor; Grupo 2 - constituído de 50 crianças que realizaram o programa de estimulação cortical por via de batidas “binaural beats” em conjunto com o programa ludomotor e Grupo 3 - constituído por 50 crianças que apenas realizaram o programa de estimulação cortical por via de batidas “binaural beats”.

Ética na Pesquisa

Este estudo foi desenvolvido respeitando as Normas estabelecidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/1996 Brasil¹⁷ com relação à realização de Pesquisa em Seres Humanos, sendo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do CEULJI/ULBRA e aprovado sob o número de protocolo 043/11.

Todos os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TECLE), no qual constaram os aspectos relativos ao estudo, tais como, objetivo, caráter de voluntariedade da participação e para aderir e/ou sair do estudo, benefícios e possíveis riscos, procedimentos de avaliação, procedimentos de emergência, entre outros.

Procedimentos de avaliação

Para a consecução do objetivo do estudo utilizou-se como estratégia de avaliação, o 'Protocolo de avaliação de habilidades motoras de Bruininks – Oseretsky', proposto por Brito et al.,¹⁸ que tem como objetivo detectar déficits motores em crianças. Cabe ressaltar que o referido protocolo foi aplicado em dois momentos - um anterior ao desenvolvimento da intervenção e outro posteriormente (Pré X Pós Teste), e que cada criança foi avaliada pelo mesmo avaliador nos dois momentos no período matutino.

O protocolo baseia-se na execução de tarefas relativas a algumas habilidades, que rendem escores que são somados, unificando-se o resultado. As tarefas e seus respectivos escores, que somam no máximo 12 pontos, são:

1 - corrida de Velocidade e Agilidade - consiste numa corrida curta de 13,7 metros envolvendo a captação e o transporte de um objeto (0 a 2 pontos).

2 - equilíbrio - avalia a habilidade em manter o equilíbrio postural numa posição estática unipodal e num deslocamento dinâmico, (0 a 2 pontos).

3 - coordenação Bilateral - avalia a habilidade da criança em coordenar as mãos e os pés em movimento dissociados sequenciais e simultâneos, utilizando ambos os lados do corpo, (0 a 2).

4 - coordenação dos Membros Superiores - avalia as habilidades na recepção bimanual e na coordenação óculo-manual de uma bola de tênis dirigida a um alvo (0 a 2 pontos).

5 - velocidade de Reação - mede a velocidade de resposta motora a um estímulo visual (régua) em movimento vertical (0 a 2 pontos).

6 - viso-motricidade - avalia a motricidade fina na realização grafo motora de labirintos e de cópias de figuras geométricas (0 a 2 pontos).

Procedimentos de intervenção

Os procedimentos de Intervenção desse estudo foram assim organizados:

a) Programa ludomotor – Consistiu em um programa de exercícios que estimulassem de maneira bio-operacional, a partir de atividades lúdicas, os movimentos básico-fundamentais, os movimentos manipulativos, a consciência corporal (bilateralidade, lateralidade, dominância, equilíbrio) e a imagem corporal, das crianças. O referido programa teve a duração de 36 sessões de 35 minutos, realizadas três vezes na semana, num período de três meses.

b) Programa de Estimulação Cortical: teve a mesma duração e periodicidade que o programa ludomotor e foi realizado através de estímulos auditivos por vias de batidas “binaural beats” com a frequência alfa entre 8 e 12 Hz, como normalmente se emprega em estudos desta natureza e que corresponde à frequência que parece estimular as áreas corticais responsáveis pela aprendizagem motora¹², para o que foi entregue a cada participante um aparelho de MP3 da marca “IPOD” com toda programação adequada e com fone de ouvidos estéreos.

Os alunos executaram o referido programa em uma sala ampla e foram orientados a ficar em silêncio e da maneira mais confortável que desejassem.

Por fim cabe ressaltar que os participantes do grupo 2 que realizaram o programa de estimulação cortical combinado com o programa ludomotor, foram submetidos sempre à estimulação cortical anteriormente ao programa ludomotor.

Tratamento estatístico

A análise dos dados foi realizada com base na comparação de resultados estatísticos, utilizando-se para isto o programa de estatística BIOESTAT 5.0.

Os resultados que foram obtidos foram inicialmente testados, pelo teste de normalidade Shapiro-Wilk, e de acordo com os resultados obtidos neste pôde-se escolher um instrumento paramétrico ou não de análise de Variância para a

comparação inter-avaliações num sistema intra-grupos através do teste de Wilcoxon e intergrupos através do teste de KRUSKAL-WALLIS, com p valor <0.05.

Resultados

A partir da tabela 1 pode-se perceber que quando avaliados em relação ao seu desempenho os participantes do grupo 1 (G1), apresentaram inicialmente uma variação de resultados entre 6 e 10 pontos e um desempenho mediano de 7,74 pontos. Já na avaliação após a intervenção a variação de resultados ficou entre 8 e 12 pontos e a mediana dos escores foi de 9,42 pontos.

Tabela 1: Resumo descritivo do protocolo de avaliação de habilidades motoras de Bruininks – Oseretsky no Grupo 1 pré e pós teste

Categoria	G1 Pré	G1 Pós
Mínimo	6.00	8.00
Máximo	10.00	12.00
Mediana	7.74	9.42
Variância	0.80	1.22
Desvio Padrão	0.89	1.10
Coefficiente de Variação	11.62%	11.76%

p-valor = 0.02, Teste de Wilcoxon para amostras pareadas

Nota-se, então, uma evolução dos participantes do grupo 1, comprovada por meio do teste de WILCOXON para duas amostras pareadas, entendendo-se e a referida evolução não foi ao acaso e sim por benefícios da intervenção a que os participantes deste grupo foram submetidos.

Ao observar a tabela 2, percebe-se que os participantes do grupo 2 (G2), que foram submetidos ao programa de estimulação cortical combinado com o programa ludomotor, inicialmente apresentaram um desempenho mediano igual a 7,58 pontos, pois os resultados variaram entre 6 e 10 pontos. Já no instante pós-intervenção a variação de resultados ficou entre 08 e 12 pontos, com mediana de 10,32 pontos, mostrando um efeito positivo da intervenção desenvolvida, resultado também comprovado pelo teste de WILCOXON para duas amostras pareadas.

Tabela 2: Resumo descritivo do protocolo de avaliação de habilidades motoras de Bruininks – Oseretsky do Grupo 2 pré e pós teste

Categoria	G2 Pré	G2 Pós
Mínimo	6.0000	8.0000
Máximo	10.0000	12.0000
Média Aritmética	7.5800	10.3200
Variância	0.6159	1.1608
Desvio Padrão	0.7848	1.0774
Coefficiente de Variação	10.35%	10.44%

p-valor = 0.001, Teste de Wilcoxon para amostras pareadas

Já os participantes do grupo 3 (G3) obtiveram escore máximo de 10 pontos e o escore e o mínimo de 6 pontos e um desempenho mediano igual a 7,72 pontos no pré-teste. Porém, quando avaliados após o período de intervenção, ou seja, após serem submetidos ao programa de estimulação cortical a variação de resultados ficou entre 7 e 12 pontos, com mediana igual a 9,36 pontos.

Ao observar a tabela 3 pode-se perceber uma diferença de 1,64 pontos entre as medianas das duas avaliações, o que mostrou significância estatística através do teste de WILCOXON.

Tabela 3: Resumo descritivo do protocolo de avaliação de habilidades motoras de Bruininks – Oseretsky do Grupo 3 pré e pós teste

Categoria	G3 Pré	G3 Pós
Mínimo	6.0000	7.0000
Máximo	10.0000	12.0000
Média Aritmética	7.7200	9.3600
Variância	0.9812	1.5820
Desvio Padrão	0.9906	1.2578
Coefficiente de Variação	12.83%	13.44%

p-valor = 0.03, Teste de Wilcoxon para amostras pareadas

Para identificar a amplitude e a direção da diferença entre os grupos, considerando-se os diferentes tipos de intervenção às quais os participantes foram submetidos, foi empregada uma análise de comparações múltiplas através do teste de KRUSKAL-WALLIS que demonstrou significância num sentido de comparação Pré X Pós teste entre o Grupo 2 e Grupo 1. Os resultados também mostraram diferença significativa neste mesmo sentido de comparação entre o Grupo 2 e o Grupo 3, o que não aconteceu quando comparado o Grupo 1 com o Grupo 3 (Tabela 4).

Tabela 4: Comparações intergrupos

Comparações	Valor de Z	Valor de p
G2 X G1	3.7622	<0,05
G2 X G3	3.7580	< 0.05
G1 X G3	0.0058	Ns

Ns: Não apresentou significância.

Discussão

Acredita-se que os resultados positivos obtidos pelos participantes do grupo 1 (G1) ocorreram provavelmente por uma organização neurofuncional em relação às capacidades cognitivas-motoras, tais como a memória espacial de trabalho e atenção, proporcionando uma melhor integração sensorial entre os mecanismos neurais responsáveis pela junção do perfil cinestésico corporal no desenvolvimento de habilidades motoras fundamentais. Estes resultados são consistentes com pesquisas prévias em contextos de ensino-aprendizagem e desempenho motor como os estudos desenvolvidos pelos autores^{9,19,20,21}.

Ao analisar os resultados dos participantes do grupo 2 (G2) que foram submetidos ao programa ludomotor combinado com a estimulação cortical por via auditiva, entendeu-se que este promoveu uma simultaneidade de ativação dos mecanismos neuromotores envolvidos nas tarefas, fazendo desenvolver uma nova ordem para aquisição e maximização do repertório motor dessas crianças, podendo assim, refletir um equilíbrio cerebral mais adequado às funções cognitivas de organização durante tarefa motora¹⁰.

Os resultados obtidos na mensuração do desenvolvimento motor corroboram com estudos realizados por Calomeni et al.¹¹; Tomporowski et al.¹³; Senna et al.¹⁴; Macedo et al.¹⁵ e Neto et al.²² que também se valeram de estímulos auditivos simultâneos em seus trabalhos e, assim como neste estudo, também obtiveram resultados significativos em suas pesquisas, pelo que propõem ser o cérebro uma estrutura altamente plástica, sendo possível, por meio de estímulo externo auditivo, promover seu balanceamento e aprimoramento das capacidades motoras inerentes a melhora do perfil cinestésico de crianças.

Assim este processo de intervenção combinada, proposto pelo presente estudo pode proporcionar um equilíbrio das funções cognitivas em suas diversas áreas de desempenho motor de suas variadas funções cinestésicas corporais, no que tange à atividade ludomotora através do ato de brincar melhorando a execução das tarefas cotidianas proporcionalmente,

coerente e adequada, traduzindo-se em harmonia e equilíbrio psicomotor que pode otimizar a aprendizagem e a memorização²³.

Portanto pode-se dizer que ao utilizar a frequência entre 8 a 12 HZ, faixa que, segundo Cardoso¹²; Ribeiro Junior et al.²⁴, está relacionada com a atenção e a aprendizagem, criou-se um cenário cortical propício a este tipo de evento, o que se pôde comprovar através da superioridade do grupo 2 sobre os demais grupo deste estudo, confirmando-se o valor ou os efeitos positivos que a estimulação cortical combinado com a intervenção ludomotora, pode trazer ao desenvolvimento cinestésico corporal dessas crianças.

Conclusão

Pôde-se afirmar que a utilização combinada da estimulação cortical por estímulos auditivos com um programa ludomotor pode ser indicada para facilitar a maturação dos mecanismos relacionados à melhora do desenvolvimento cinestésico corporal de crianças, favorecendo uma melhora de desempenho de tarefas motoras, onde o lúdico combinado com o ato motor caracterizado pelo programa ludomotor favorece a maximização da tarefa motora exigida no processo de formação dessas crianças.

Portanto concluiu-se que o treinamento ludomotor combinado com a estimulação cortical aqui proposto é eficaz no desenvolvimento cinestésico corporal dessas crianças melhorando e favorecendo ganhos no seu repertório motor para que se possam realizar tarefas simples e complexas que exijam a integração do seu sistema neuromotor.

Cabe ressaltar que o estudo apresenta algumas limitações como o pouco tempo de intervenção e poucos estudos como referência para que se pudesse obter uma melhor comparação. Assim se recomenda que sejam feitos demais estudos dessa natureza comprovando a importância desse método combinado.

Referências bibliográficas

- 1.Lima AP, Cardoso FB, Beresford H, Silva IL. O valor de um programa ludomotor para a melhoria da velocidade de reação de crianças. *ConSc Saúd.* 2013;12(3):398-404.
- 2.Awad HZA. Brinque, jogue, cante e encante com a recreação: Conteúdos de aplicação pedagógico teórico/ prático. Várzea Paulista. SP: Fontoura Editora, 2011.
- 3.Manhães FC, Souza CHM. A estimulação da inteligência corporal cinestésica no desenvolvimento psicomotor na prática da Educação Física escolar. *Rev dig. efdeportes.com*, Buenos Aires, 2008;13(124):1-1.
- 4.Carson RG, Smethurst CJ, Oytam Y, Ruyg A Postural context alters the stability of bimanual coordination by modulating the crossed excitability of cortico spinal pathways. *J Neurophys.* 2007;97;2016–2023.
- 5.Messum P. What if children don't learn to pronounce by imitation? *Speak Out.* 2008;39:16–21.
- 6.Raab M, Oliveira RF, Heinen T. How do people perceive and generate options? In Raab M, Hekeren H, Johnson JG. (Eds.) *Progress in Brain Research: v. 174. Mind and Motion: The Bidirectional Link between Thought and Action* (p. 49-59). Amsterdam: Elsevier, 2009.
- 7.Roerdink M. *Anchoring: Moving from theory to therapy.* Enschede, the Netherlands: Ipskamp, 2008.
- 8.Moraes R, Allard F, Patla AE. Validating determinants for alternate foot placement selection algorithm during human locomotion in a cluttered terrain. *J Neurophys.* 2007;98:1928–1940.
- 9.Livesey D, Keen J, Rouse J, White F. The relationship between measures of executive function, motor performance and externalising behaviour in 5- and 6-year-old children. *Human Moviment Scienc*, 2006;25(1):50-64.
- 10.Williams HG, Pfeiffer KA, Dowda M, Jeter C, Jones S, Pate RR. A Field-Based Testing Protocol for Assessing Gross Motor Skills in Preschool Children: The Children's Activity and Movement in Preschool Study Motor Skills Protocol. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 2009;13:151–165.
- 11.Calomeni MR, Neto NTA, Leal KOF, Silva VF. Estimulação Fótica e Auditiva: Efeitos em Crianças Hiperativas. *Rev perspec onl.* 2008;5:34-42.
- 12.Cardoso FB. A utilização do programa de potencialização cerebral para a melhoria no lançamento da bola de boliche para atletas da seleção juvenil colombiana B. Dissertação de Mestrado, Programa Stricto Sensu em Ciência da Motricidade Humana, Universidade Castelo Branco. Rio de Janeiro, 2007.

13. Tomporowski PD, Davis CL, Miller PH, Naglieri JA. Exercise and Children's Intelligence, Cognition, and Academic Achievement. *Education Psychology Review*, 2008;20(2):111-131.
14. Senna V, Cardoso F, Silva IL, Beresford H. An evaluation of the effects of cerebral stimulation on motor learning of adolescents practicing judo. *Sport Sciences for Health*, 2009;5(3):101-104.
15. Macedo LS, Pina IL, Sequeira MEA, Silva IL, Cardoso F, Beresford H. O valor da estimulação cortical voltado para o déficit de atenção de alunos com síndrome de Down. *Ciênc e Cogniç.* 2010;15(3):13-22.
16. Barros AJ, Lehfeld NAS. Fundamentos de metodologia científica: um guia para a iniciação científica. 2ª ed. São Paulo: Makron Books, 2000.
17. Brasil, Ministério da Saúde. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 10 de outubro, 1996.
18. Brito A, Silva IL, Cardoso F, Beresford H. Avaliação do perfil cinestésico corporal de crianças com Síndrome de Down: um parâmetro para se atender à proposta das Diretrizes Curriculares Nacionais para a educação especial. *Ensaio: aval polític públic Educac.* Rio de Janeiro, 2009;17(63):341-354.
19. Piek JP, Dawson L, Smith LM, Gasson N. The role of early fine and gross motor development on later motor and cognitive ability. *Human Moviment Scienc.* 2008;27(5):668-681.
20. Lopes V, Rodrigues L, Maia J, Malina R. Motor coordination as predictor of physical activity in childhood. *Scand J Med Sci Sports.* 2011;21(5):663-9.
21. Lopes LO, Lopes VP, Santos R, Pereira BO. Associações entre atividade física, habilidades e coordenação motora em crianças portuguesas. *Rev. Bras Cineantr Desemp Hum.* 2011;13(1):15-21.
22. Neto NTA, Morales AP, Calomeni MR, Viana MAS, Silva VF. Estimulação cortical: efeitos agudos sobre variáveis bioperacionais em jogadores armadores de basquetebol. *Rev dig. efdeportes.com*, Buenos Aires, 2010;15(150):1-1.
23. Niederer I, Kriemler S, Gut J, Hartmann T, Schindler C, Barral J, Puder JJ. Relationship of aerobic fitness and motor skills with memory and attention in preschoolers (Ballabeina): A cross-sectional and longitudinal study. *BMC Pediatrics*, 2011;11(34).
24. Ribeiro Júnior SMS, Azevedo MMA, Jorge FS, Morales AP, Silva VF. Efeito da estimulação cortical na variável tempo de reação e performance hábil-motriz-cognitiva em jovens atletas de futebol. *Motriz: Rev. Educ Fís. São Paulo*, 2010;16(4):869-879.

Alisson Padilha de Lima

Endereço para correspondência – Avenida Silvio Romero, 230, apto 108. Bairro São José, CEP: 99051-150, Passo Fundo, RS, Brasil.

E-mail: professor.alissonpadilha@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8408892033315305>

Fabrizio Bruno Cardoso - fabriciobrunocardoso@gmail.com

Enviado em 01 de abril de 2014

Publicado em 17 de outubro de 2014

Crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos de risco, após seis meses de vida: inquérito domiciliar

Christine Baccarat De Godoy Martins¹ Tiara Aida Oliveira Pessoa² Fernanda Cristina Aguiar Lima³ Maria Aparecida Munhoz Gaíva¹

RESUMO

O objetivo foi analisar o crescimento e desenvolvimento, entre os recém-nascidos de risco de Cuiabá, decorridos seis meses do nascimento, e a qualidade dos serviços na perspectiva das mães. Trata-se de estudo descritivo, de análise quantitativa, com 107 recém-nascidos de risco nascidos em Cuiabá-MT em janeiro de 2011, identificados a partir das Declarações de Nascidos Vivos. Os dados foram analisados pelo programa EpilInfo. Como resultado, 12,2% das crianças estavam com peso inadequado e 23,4% com déficit estatural; 25,2% apresentaram atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; 92,9% das Cadernetas de Saúde da Criança estavam incompletas quanto ao peso, estatura, desenvolvimento, vacinação, dados do nascimento e obstétricos da mãe; a falta de profissional preparado para lidar com crianças, falta de estrutura e tecnologias foram relatados com frequência pelas mães. Faz-se urgente investimento em estrutura física e tecnologias, equipes multidisciplinares treinadas, reeducação das mães quanto à importância do crescimento e desenvolvimento bem como o adequado uso da caderneta de saúde da criança.

Descritores: Crescimento e desenvolvimento, Desenvolvimento Infantil, Grupos de Risco.

The growth and development of newborns at risk, after six months of life: household survey

ABSTRACT

The objective was to analyze the growth and development of newborns at risk, after six months from the birth, the fill of the Child's Health Book, and the quality of services from the perspective of mothers. It is descriptive study, of quantitative analysis, with 107 newborns at risk born in Cuiabá-MT in January 2011, selected by the Statement of Live Birth. Data were analyzed using EpilInfo program. As result, 12,2% of the children were in inadequate weight and 23,4% with height deficit; 25 children (25,2%) have delay on the neuro-psychomotor development; 92,9% of the child's health book were fill incomplete for weight, height, development, immunization, data of birth and mother's obstetric; the lack of prepared professional, lack of structure and technologies were reported with frequency by the interview mothers. The case needs urgent investment in physical structure and technologies, multidisciplinary trained teams, mother's re-education with the importance of child's health book and its adequate using.

Descriptors: Growth and Development, Child Development, Risk Groups.

¹ Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil.

² Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil.

³ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá, MT, Brasil.

Introdução

A literatura aponta o crescimento e desenvolvimento infantil como o principal indicador de qualidade da saúde deste grupo, pois se relacionam com diversos fatores, tais como: ambientais, nutricionais, condições de moradia e acesso a serviços básicos de água e esgoto, cuidados com a higiene, condições de vida da criança e ocorrência de doenças nos primeiros anos de vida¹.

A fim de identificar alguns destes fatores e intervir sobre eles para que se garanta um crescimento e desenvolvimento saudáveis, o Ministério da Saúde também preconiza o mínimo de sete consultas no primeiro ano de vida da criança, sendo que a primeira deve acontecer com menos de 15 dias de vida, sendo seguida por consultas no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º meses de vida, além de momentos oportunos como o da imunização e outros².

Neste cenário, adquire mais importância ainda, o crescimento e desenvolvimento de crianças de risco ao nascer (recém-nascido de risco), que são os que respondem a um dos seguintes critérios, na ocasião do nascimento: gestação com menos de 37 semanas; peso de nascimento inferior a 2.500g; Apgar no 5º minuto menor que 7; mãe com idade inferior a 18 anos; mãe com menos de oito anos de estudo; hospitalização ou intercorrência na maternidade ou unidade de assistência ao recém-nascido; necessidade de orientação especial na alta da maternidade ou da unidade de recém-nascidos; história de morte de criança menor de 5 anos na família³. Frente à maior vulnerabilidade destas crianças, seu acompanhamento nos serviços básicos de saúde deve ser criterioso a fim de detectar precocemente déficits no seu crescimento e desenvolvimento³.

Estudos apontam que o déficit no crescimento infantil está intimamente ligado à qualidade da atenção prestada pela rede básica de saúde, pois, muitas vezes, o acompanhamento de crianças menores de um ano na rede pública de saúde esbarra na falta de profissionais na equipe, na escassa multidisciplinaridade (integração de várias áreas do conhecimento), bem como na falta de treinamento destes para acompanhar o crescimento e desenvolvimento (CD), além da precariedade na estrutura física das unidades e a falta de equipamentos e materiais necessários ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, como, por exemplo, número insuficiente de balança¹⁻².

Neste cenário, iniciativas que busquem efetivar o atendimento aos recém-nascidos de risco são cada vez mais emergenciais, a exemplo da cidade de Campinas, que por meio da Política Nacional de Humanização, implantou um Centro de Referência em Desenvolvimento Infantil – CRDI - que tem por finalidade o acompanhamento e estimulação do desenvolvimento de recém-nascidos de alto risco, visando detectar, o mais cedo possível, alterações e distúrbios nas funções sensoriais, motoras e cognitivo-afetivas de bebês de alto risco, a fim de prevenir e/ou reverter possíveis atrasos do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), contando para isso com uma equipe multidisciplinar de saúde⁴.

Além dos poucos serviços especializados em atenção à criança de risco na rede pública de saúde e da precariedade dos serviços, soma-se, ainda, a incompletude do preenchimento da caderneta da criança, que também contribui para a descontinuidade e impossibilidade de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento no primeiro ano de vida, uma vez que os profissionais rotineiramente apenas a utilizam para marcação de vacinas³. Em 2005, o preenchimento do cartão da criança (CC) foi analisado, em Feira de Santana-BA, e evidenciou-se que além de incompletos, os cartões apresentaram maior deficiência de preenchimento na parte do desenvolvimento infantil⁵.

Frente a este contexto, torna-se relevante detectar as condições e o padrão de crescimento/desenvolvimento de crianças que foram consideradas de risco ao nascer, uma vez que a análise desses fatores possibilitará possíveis apontamentos e necessidades de intervenção. Dessa forma, o presente estudo se propõe a analisar o crescimento e desenvolvimento, entre os recém-nascidos de risco de Cuiabá, decorridos seis meses do nascimento e a qualidade dos serviços na perspectiva das mães.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo de corte transversal com abordagem quantitativa, cuja população de estudo foi composta por recém-nascidos de risco, que nasceram em Cuiabá, capital do Mato Grosso, em janeiro de 2011.

Os dados foram coletados por acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, devidamente treinados e supervisionados pelas pesquisadoras. Adotou-se como critérios de inclusão: ter nascido no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2011, de mãe residente em Cuiabá, e responder a, pelo menos, um dos seguintes critérios do

Ministério da saúde para classificação de recém-nascido de risco: peso ao nascer menor que 2.500 gramas; neonato com menos de 37 semanas de gestação; asfixia grave (Apgar menor que 7 no 5º minuto de vida); filho de mãe adolescente (menor de 18 anos); mãe com baixa instrução (menos de 8 anos de estudo). Para o presente estudo, não foi possível considerar residência em área de risco; hospitalização ou intercorrência na maternidade ou em unidade de assistência ao RN; haver história de morte de crianças menores de 5 anos na família; e necessidade de orientações especiais à alta da maternidade ou em unidade de assistência ao RN, uma vez que tais informações não estão disponíveis na DN. Como critério de exclusão, adotou-se a ocorrência de óbito nos seis primeiros meses de vida, o que impediria a verificação do crescimento e desenvolvimento neste período.

A primeira fonte de dados foi a Declaração de Nascidos Vivos (DN), usada para identificar os recém-nascidos de risco e incluí-los na pesquisa. Nasceram 113 recém-nascidos de risco em Cuiabá, em janeiro de 2011. Foram excluídas 6 crianças que foram a óbito (5 após o nascimento e 1 aos 2 meses de vida). Portanto, a população de estudo consistiu em 107 crianças.

Após a identificação dos recém-nascidos de risco, a segunda etapa da coleta de dados se deu por inquérito domiciliar aos seis meses de vida das crianças, em que foram entrevistadas as mães das crianças. Nessa fase analisaram-se as seguintes variáveis: crescimento infantil (através do peso e comprimento) e se estes estavam adequados para a idade; o desenvolvimento neuropsicomotor (através de avaliação das atividades esperadas para a idade) e se estava adequado ou não – para a avaliação do crescimento e desenvolvimento (CD) foram aplicados os instrumentos do Ministério da Saúde preconizados para avaliação de CD; também se indagou se a criança fazia acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na Unidade Básica de Saúde/Estratégia Saúde da Família ou em algum outro serviço de saúde; em relação a este acompanhamento, a frequência e o profissional que o realizava; o correto e completo preenchimento da caderneta de saúde da criança (relatando a história de saúde da criança, imunização e desenvolvimento social) além dos dados obstétricos da mãe, dados do nascimento, peso, estatura, perímetro cefálico, perímetro torácico e desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM)²; satisfação da mãe em relação ao atendimento na UBS/ESF.

Os dados foram analisados através de estatística descritiva, utilizando-se o programa eletrônico Epiinfo versão 3.5.1.

Na visita domiciliar, as famílias foram informadas sobre a pesquisa e as que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo-lhes assegurado o anonimato. O estudo faz parte da pesquisa “Avaliação da atenção à criança na Rede Básica de Saúde de Cuiabá-MT, com ênfase em sua organização e assistência e nas práticas de enfermagem”, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller, Universidade Federal de Mato Grosso, sob o protocolo 882/CEP-HUJM/2010, em 08 de setembro de 2010, cumprindo desta forma as normas da resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados

Foram estudados 107 recém-nascidos. Entre os critérios segundo os quais as crianças foram consideradas de risco ao nascimento, 46,0% eram filhos de mães com menos de 8 anos de estudo, 37,2% filhos de mães adolescente (idade materna inferior a 18 anos), 28,3% nasceram com menos de 37 semanas gestacionais, 17,7% apresentaram peso inferior a 2.500g ao nascer, e 6,2% tiveram asfixia grave (Apgar menor que sete no 5º minuto de vida).

A Tabela 1 apresenta a avaliação da curva ponderal e estatural.

Tabela 1 – Distribuição dos recém-nascidos de risco, nascidos em janeiro de 2011, no município de Cuiabá, segundo avaliação do peso e da estatura aos seis meses de vida. Cuiabá, 2011.

Avaliação	Peso		Estatura	
	N	%	N	%
Adequado para a idade	94	87,8	82	76,6
Abaixo da curva ponderal/estatural	3	2,8	7	6,5
Acima da curva ponderal/estatural	10	9,3	18	16,8
Total	107	100,0	107	100,0

Quanto ao crescimento, 2,8% encontravam-se com peso abaixo da curva ponderal esperada para a idade e 6,5% com a estatura inadequada (abaixo da curva estatural esperada para a idade) (Tabela 1).

A tabela 2 permite analisar o desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM).

Tabela 2 – Distribuição dos recém-nascidos de risco, nascidos em janeiro de 2011, no município de Cuiabá, segundo o desenvolvimento neuropsicomotor aos seis meses de idade. Cuiabá, 2011.

Desenvolvimento esperado para a idade	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Senta com apoio ou sozinho	101	94,4	6	5,6	107	100,0
Em pé, sustenta o corpo	80	74,8	27	25,2	107	100,0
Levantada pelos braços, ajuda com o corpo	96	89,7	11	10,3	107	100,0
Segura e transfere objetos de uma mão para outra	100	93,5	7	6,5	107	100,0
Vira a cabeça na direção dos sons	106	99,1	1	0,9	107	100,0
Preferência por cores (começa a diferenciá-las)	91	85,0	16	15,0	107	100,0
Joga objetos no chão (começa a ter noção de espaço)	105	98,1	2	1,9	107	100,0
Ri alto	100	93,5	7	6,5	107	100,0
Balucia bastante	103	96,3	4	3,7	107	100,0

Chama a atenção o fato de algumas crianças não responderem às habilidades neuropsicomotoras esperadas para a idade, na ocasião do inquérito: 25,2% das não sustentavam o corpo quando colocadas em pé; 15,0% não tinham preferência por cores e 10,3% não ajudavam com o corpo quando levantadas pelos braços (Tabela 2).

Na tabela 3, é possível verificar o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (CD).

Tabela 3 – Distribuição dos recém-nascidos de risco, nascidos em janeiro de 2011, no município de Cuiabá, segundo a frequência do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Cuiabá, 2011.

Frequência que faz acompanhamento de CD	N	%
Semanal	3	2,8
Quinzenal	2	1,9
Mensal	77	72,0
Semestral	5	4,7
Não responderam	20	18,7
Total	107	100,0

No tocante ao acompanhamento de crescimento e desenvolvimento (CD), 73,8% das crianças estudadas o realizam na rede básica de atenção à saúde (UBS/ESF). Dentre as crianças que não utilizam a rede básica para acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, 46,4% utilizam clínicas particulares, 21,4% hospitais conveniados ao SUS, 21,4% realizam em outro serviço e 10,7% não responderam a pergunta. Portanto, 100% das crianças estudadas fazem acompanhamento de CD, e entre estas, 72,0% fazem acompanhamento mensal (Tabela 3).

Ao perguntar sobre o profissional que realiza o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, os entrevistados puderam optar por mais de um profissional. Sendo assim, 57,0% relataram ser o médico, 32,7% disseram ser o enfermeiro e 12,1% não souberam responder. Neste sentido, foi possível perceber que algumas crianças são acompanhadas simultaneamente por mais de um profissional.

A tabela 4 possibilita a análise do preenchimento da caderneta de saúde da criança.

Tabela 4 – Distribuição dos recém-nascidos de risco, nascidos em janeiro de 2011, no município de Cuiabá, segundo o preenchimento da Caderneta de saúde da Criança (n=99). Cuiabá, 2011.

Preenchimento da Caderneta da Criança	Completo		Incompleto		Total	
	N	%	N	%	N	%
1. Peso	47	47,5	52	52,5	99	100,0
2. Estatura	47	47,5	52	52,5	99	100,0
3. Perímetro cefálico	38	38,4	61	61,6	99	100,0
4. Perímetro torácico	32	32,3	67	67,7	99	100,0
5. DNPM	42	42,4	57	57,6	99	100,0
6. Vacinas	94	95,0	5	5,0	99	100,0
7. Dados do nascimento	47	47,5	52	52,5	99	100,0
8. Dados obstétricos da mãe	21	21,2	78	78,8	99	100,0

Entre as crianças que fazem acompanhamento do CD e que foi possível ter acesso à caderneta de saúde da criança no momento da visita (n=99), evidenciou-se que apenas 7,1% das cadernetas tinham os parâmetros de crescimento e desenvolvimento preenchidos de forma completa, e a maioria delas, 92,9% estavam incompletas. Os campos com maior deficiência no preenchimento foram os: dados obstétricos da mãe, perímetro torácico, perímetro cefálico, desenvolvimento neuropsicomotor, peso, estatura e dados do nascimento (Tabela 4). Chama a atenção que, dentre as cadernetas analisadas (n=99), 95,0% delas estavam com o esquema vacinal em dia e apenas 5,0% em atraso.

A tabela 5, por sua vez, demonstra a perspectiva das mães em relação à qualidade do acompanhamento do CD na UBS.

Tabela 5 – Distribuição dos recém-nascidos de risco, nascidos em janeiro de 2011, no município de Cuiabá, segundo a perspectiva das mães em relação à qualidade do acompanhamento do CD na UBS (n=79). Cuiabá, 2011.

Perspectiva da mãe em relação ao acompanhamento do CD na UBS	N	%
Falta profissional preparado, estrutura e tecnologias para o cuidado	8	10,1
Atraso por parte do profissional médico e atendimento incompleto	5	6,3
Atendimento de má qualidade	4	5,1
A equipe só pesa a criança na ocasião da vacina	2	2,5
Demora no atendimento	1	1,3
Dificuldade em agendar consultas	1	1,3
Mudança constante dos profissionais de saúde	1	1,3
Falta profissional médico na UBS	1	1,3
Atendimento excelente	1	1,3
Não respondeu	55	69,6
Total	79	100,0

Quanto à qualidade do acompanhamento do CD realizado pelas UBS/ESF, dos 79 informantes que o realizam na rede básica, 69,6% não quiseram opinar sobre o assunto e 10,1% alegaram que falta profissional de saúde preparado para lidar com criança, falta estrutura física, equipamentos e materiais para o cuidado (Tabela 5).

Discussão

O presente estudo foi desenhado com o objetivo de fornecer dados pioneiros sobre o crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos de risco no Município de Cuiabá (Mato Grosso), pois realizou inquérito domiciliar após seis meses do nascimento. Faz-se necessário destacar, porém, que se trata de uma realidade local.

Não obstante essa ressalva, é incontestável que o déficit no peso e estatura, verificado em algumas das crianças, também já foi observado e apontado como dependente diretamente da promoção da saúde da criança, nutrição, esquema vacinal em dia e aleitamento materno⁶.

Complementando esta premissa, há que se considerar essas duas variáveis (peso e estatura) como mais associadas a fatores genéticos para a estatura, e fatores ambientais, social e econômico para ambas, como influenciadores no processo do crescimento e desenvolvimento infantil^{1,6}.

Importante destacar que, nos primeiros três meses de vida, o recém-nascido tem seu crescimento e desenvolvimento compensatório, ou seja, dificilmente a avaliação irá apontar déficit nesse período, pois as consequências do nascimento de risco relativas ao crescimento e desenvolvimento ficam ressaltadas a partir dos dois anos de idade da criança⁷.

Quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), vale ressaltar que crianças do grupo de risco normalmente apresentam atraso, uma vez que na comparação de crianças nascidas a termo com crianças nascidas pré-termo, em relação à aquisição de habilidades motoras, constatou-se que as crianças prematuras apresentaram atraso na aquisição da habilidade de sentar e andar esperados para a idade em relação às crianças a termo⁸. O baixo peso associado à deficiência nutricional, pobreza e alto índice de infecções em crianças de risco, ajudam a influenciar nas alterações cognitivas e comportamentais, significativamente, além de ter prejuízos no desenvolvimento motor⁹.

Neste sentido, quanto mais cedo se iniciam as atividades de fisioterapia (estímulo) nesse grupo, trabalhando a postura, equilíbrio dinâmico e deslocamento desses recém-nascidos, além de estímulos visuais e táteis – utilizando objetos (brinquedos), melhores são os resultados na vida futura, pois pré-termos e baixo peso começam a sentir dificuldades entre a fase pré-escolar e a fase escolar¹⁰. Destaca-se, neste contexto, a importância da mãe/responsável pela criança estar orientada quanto ao correto cuidado com esse recém-nascido ajuda muito no desenvolvimento motor da criança, afinal, mães de crianças prematuras e baixo peso tem a tendência de superproteger os filhos, evitando muitas vezes que estes se desenvolvam integralmente¹⁰.

Um exemplo foi a pesquisa que verificou a evolução motora de acordo com a Escala Alberta Infant Motor com dois grupos de lactentes nascidos pré-termo, submetendo-os a programas de intervenções fisioterapêuticas precocemente, sendo que o primeiro grupo, além de receber a fisioterapia, ainda tiveram seus pais orientados e treinados quanto ao que seria realizado com seus filhos; e o segundo grupo foi submetido somente à fisioterapia para desenvolvimento motor¹¹. Os dois grupos desenvolveram-se dentro do esperado para a idade, porém o primeiro grupo teve destaque em algumas avaliações, como nas posições supina, prona e sentada. Fica evidenciado que a intervenção precoce em recém-nascido de risco, com o devido treinamento dos pais, é possível que se desenvolvam com mais qualidade, diminuindo possíveis atrasos¹¹.

Desta forma, o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento dos recém-nascidos de risco por um longo período torna-se essencial, a fim de detectar precocemente alterações no desenvolvimento infantil, falhas no ganho de peso e estatural, o que possibilita intervenções específicas e imediatas¹².

Os profissionais médico e enfermeiro são os mais identificados como os profissionais que realizam o acompanhamento de CD de recém-nascidos risco¹³. Todavia, há que se pensar na necessidade de outros profissionais em forma de equipe multiprofissional a serem incluídos neste processo, principalmente em se tratando de crianças consideradas de risco ao nascer, pois crianças de risco desenvolvem-se melhor quando acompanhadas desde cedo por programas que estimulem o desenvolvimento motor¹⁰.

A falta de informações imprescindíveis na Caderneta de Saúde da Criança (CSC), tais como dados nutricionais, desenvolvimento e imunização, tem sido considerada um entrave no uso da CSC como instrumento de vigilância à saúde da criança¹³⁻¹⁴. Neste aspecto, os profissionais alegam que muitos cuidadores não levam os cartões da criança e quando o levam, falta tempo para preenchê-los em decorrência da grande demanda nos serviços de saúde¹⁴.

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) foi lançada em 2005, e está em sua terceira edição, substituindo o antigo cartão da criança. As falhas no seu preenchimento e o desconhecimento das mães quanto ao seu uso e importância colaboram para a má adesão da caderneta de saúde pelas mães, além de constituir-se um fator cultural, já que antigamente existia apenas o cartão da criança, usado, em sua maioria, apenas para marcação de vacinas¹⁴⁻¹⁵. Assim sendo, torna-se necessário capacitar profissionais de saúde e conscientizar os responsáveis pelas crianças quanto à importância deste instrumento como ferramenta para avaliação da saúde infantil.

Quanto à satisfação das mães/responsáveis pelos recém-nascidos de risco em relação ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento pelos serviços, não foram identificados na literatura estudos semelhantes, o que

dificultou a comparação dos resultados. Há referência a programas de Estratégia de Saúde da Família (ESF), em que o atendimento à criança está relacionado à puericultura – tendo a primeira consulta o mais precoce possível, a fim de identificar/combater possíveis problemas, profilaxia com sulfato ferroso e vitamina A (em regiões endêmicas)¹⁶, mas nada direcionado especificamente ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Analisando-se as necessidades e expectativas das mães e/ou acompanhantes em relação à consulta de saúde das crianças em duas Unidades Básicas de Saúde do Município de Butantã-SP, também se evidenciou dificuldade em marcar consultas e determinados exames e a falta de estrutura e tecnologias¹⁷. Considerando a questão do vínculo profissional com a mãe ou acompanhante, a consulta foi classificada em “boa” ou “ruim”, ou seja, o fato de se ter ou não empatia com o profissional de saúde é elemento chave para que a população avalie o serviço de saúde como adequado¹⁸. A necessidade de vínculo, atenção, respeito e resolutividade dos problemas de saúde são elementos que a população espera dos serviços.

Há que se destacar o desconhecimento das mães em relação ao programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos seus filhos e o fato de relatarem que a consulta é adequada quando se tem a resolutividade do problema/queixa como uma forma de não enfrentarem longas filas e dificuldades no acesso aos serviços de saúde, além de não reconhecerem o papel do enfermeiro ou de qualquer outro profissional da equipe multidisciplinar de saúde².

Ao encontro destes relatos, estudo sobre a consulta de enfermagem direcionada ao crescimento e desenvolvimento infantil¹⁹ destaca a importância de a enfermagem desenvolver a atenção a este grupo, porém indicam a necessidade de investimentos, pesquisa, melhor formação acadêmica e capacitação contínua dos profissionais.

Conclusão

Os resultados apontam para a necessidade de acompanhamento periódico e sistemático dos recém-nascidos considerados de risco ao nascer, principalmente no que se refere ao crescimento e desenvolvimento. Tendo vista que algumas crianças não estavam desenvolvendo-se conforme o esperado para a idade mesmo tendo 100% de acompanhamento quanto ao crescimento e desenvolvimento infantil. Sendo este acompanhamento, no serviço público com atendimento de médicos e enfermeiros. Outro dado relevante foi a incompletude no preenchimento das cadernetas de saúde da criança e a sua má utilização como instrumento de avaliação da saúde infantil.

Além disto, há que se desenvolverem estratégias que possibilitem utilizar a Caderneta de Saúde da Criança como importante instrumento de registro e acompanhamento, com treinamento dos diversos profissionais envolvidos neste processo e reeducação das mães neste sentido.

Ao mesmo tempo, fazem-se necessários investimentos na estrutura das Unidades Básicas de Saúde a fim de promover o acolhimento destas crianças de risco, por meio de estruturas física, tecnológica e profissional de qualidade.

A presente casuística pode subsidiar outras pesquisas na área da saúde, que possam aprofundar a temática explorando outros aspectos não abordados. Destaca-se a necessidade de acompanhamento dos recém-nascidos de risco por um longo período de tempo, tendo em vista os possíveis déficits no seu crescimento e desenvolvimento discutidos no presente manuscrito. A inclusão do tema nos cursos de formação técnica, graduação e pós-graduação se faz necessária, no sentido de formar profissionais atentos para a questão.

Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: 2002. [acessado em: 28 jun. 2012]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf.
2. Carvalho MF, Lira PIC, Romani SAM, Santos IS, Veras AACA, Filho MB. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública 2008;24(3):675-85.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas: Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: 2004. [acessado em 14 de jul. de 2012]. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf.

4. Ministério da Saúde (Brasil). Centro de Referência em Desenvolvimento Infantil – CRDI – FÊNIX. Política Nacional de Humanização. Secretaria de Atenção Básica. 2006. [acessado em 28 jun. 2012]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Fenix_02-10.pdf.
5. Sardinha LMV, Pereira MG. Avaliação do Preenchimento do cartão da criança no Distrito Federal. Brasília Méd. 2011;48(2):246-251.
6. Oliveira LPM, Barreto ML, Assis AMO, Braja-Junior ACR, Nunes MFFP, Oliveira NF et. al. Preditores do retardo de crescimento linear em pré-escolares: uma abordagem multinível. Cad. Saúde Pública 2007;23(3):601-13.
7. Resegue R, Puccini RF, Silva EMK. Fatores de risco associados a alterações de desenvolvimento em crianças de alto risco acompanhadas em ambulatório multidisciplinar. Sao Paulo Med. J. 2008;126(1):4-10.
8. Barbosa VC, Formiga CKMR, Linhares MBM. Avaliação das variáveis clínicas e neurocomportamentais de recém-nascidos pré-termo. Rev. bras. fisioter. 2007;11(4):275-81.
9. Caçola P, Bobbio TG. Baixo peso ao nascer e alterações no desenvolvimento motor: a realidade atual. Rev. paul. pediatr. 2010;28(1):70-6.
10. Pinto M, Silva CFG, Munari MM, Almeida CS, Resende TL. Intervenção motora precoce em neonatos prematuros. Revista da Graduação 2008;1(2):1-10.
11. Ferecini GM, Fonseca LMM, Leite AM, Daré MF, Assis CS, Scochi CGS. Percepções de mães de prematuros acerca da vivência em um programa educativo. Acta Paul Enferm. 2009;22(3):250-6.
12. Frota MA, Pordeus AMJ, Forte LB, Vieira LJES. Acompanhamento Antropométrico de crianças: o ideal e o realizado. Revista Baiana de Saúde Pública 2007;31(2):212-22.
13. Lopes MCL, Santander CA, Marcon SS. Acompanhamento dos recém-nascidos de risco de uma Unidade Básica de Saúde de Maringá-PR. Rev. Rene 2010;11(1):114-24.
14. Alves CRL, Lasmar LMLBF, Goulart LMHF, Alvim CG, Maciel GVR, Viana MRA et. al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. Cad. Saúde Pública. 2009;25(3):583-95.
15. Goulart LMHF, Alves CRL, Viana MRA, Moulin ZS, Carmo GAA, Costa JGD, et al. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. Rev paul pediatr. 2008;26(2):106-12.
16. Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues OA. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. Ciência e Saúde Coletiva 2010;15(1):3139-47.
17. Assis LCF, Veríssimo MLÓR. Expectativas e necessidades de acompanhantes de crianças na consulta de saúde. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. 2010;20(2):317-29.
18. Erdmann AL, Sousa FGM. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais de saúde. O Mundo da Saúde São Paulo 2009;33(2):150-60.
19. Oliveira CO, Cadete MMMA. Consulta de Enfermagem no Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento Infantil. Rev. Min. Enf.2007;11(1):77-80.

Christine Baccarat de Godoy Martins

Endereço para correspondência – Rua Fortaleza, 70. Bairro Jardim Paulista, CEP: 78065-350, Cuiabá, MT, Brasil.

E-mail: leocris2001@terra.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6328009804721796>

Tiara Aida Oliveira Pessoa – tiara_enfermagem@hotmail.com

Fernanda Cristina Aguiar Lima – fer_nanda_lima@hotmail.com

Maria Aparecida Munhoz Gaíva – mamgaiva@gmail.com

Enviado em 31 de março de 2014.

Publicado em 17 de outubro de 2014.