

Saúde

42

N° 2 - 2016

(SANTA MARIA)



Saúde

(SANTA MARIA)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
VOLUME 42 | ED. 42 | N° 2 | 2016
ISSN 0103-4499 - ISSN ON-LINE: 2236-5834

REVISTA SAÚDE (SANTA MARIA)

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: revistasaudes@gmail.com

www.ufsm.br/revistasaudes

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

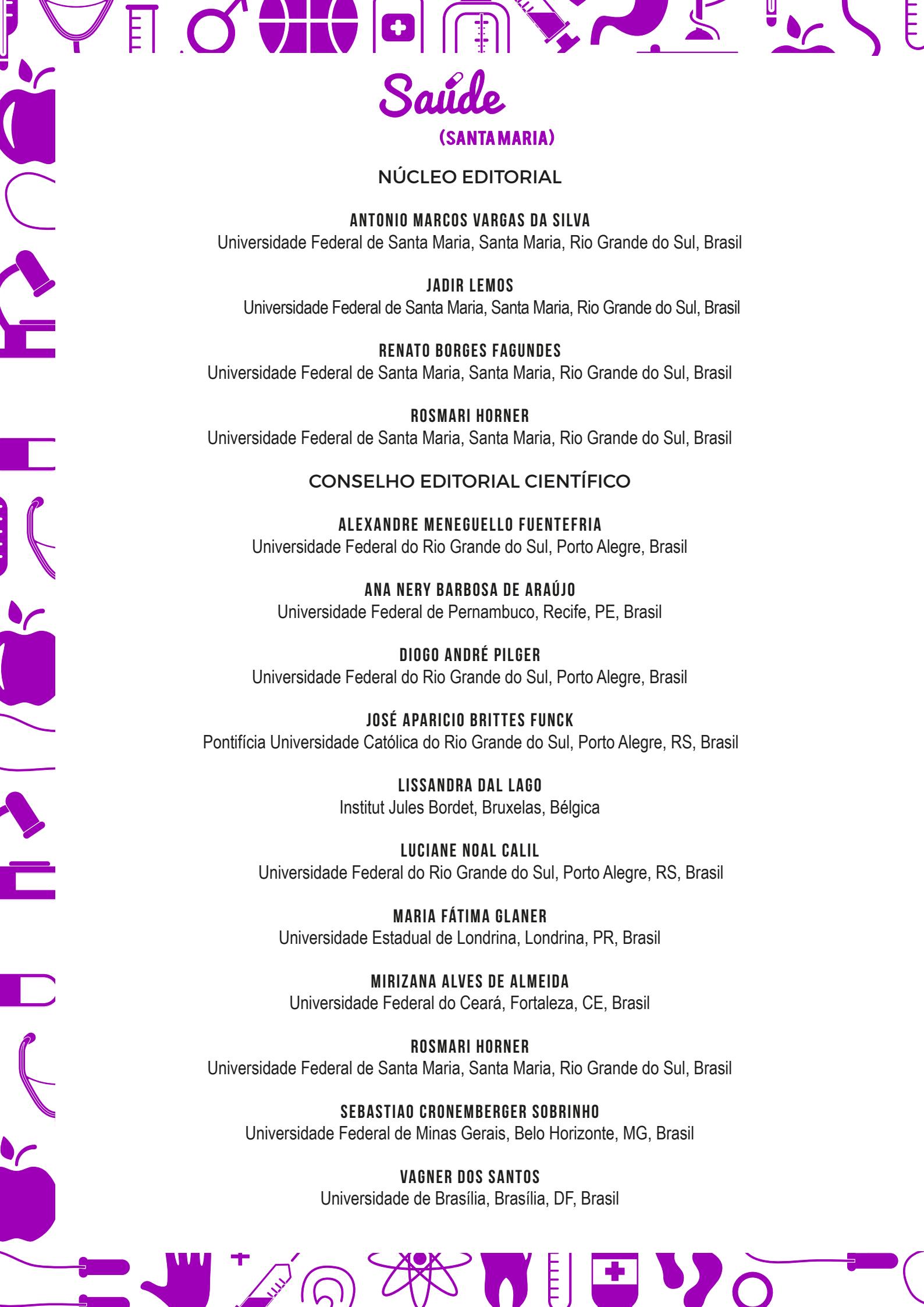
Sumários.org (Sumários de Revistas Brasileiras), site: <http://www.sumarios.org>
Disponível no Portal CAPES <http://novo.periodicos.capes.gov.br>

Revista Saúde (Santa Maria) / Universidade Federal de
Santa Maria. Centro de Ciências da Saúde. – Vol. 42,
n. 2 (jul./Dez. 2016)-_____. –
Santa Maria, RS, 2016-_____.

Semestral, 2016-
Continuação de: Saúde : Revista do Centro de
Ciências da Saúde, (1983-2016)
Vol. 42, n. 2 (jul./dez. 2016)
Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaudes/index>
ISSN 2236-5834

CDU 61

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



Saúde (SANTA MARIA)

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 FUENTEFRIA

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

ANA NERY BARBOSA DE ARAÚJO

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil

DIOGO ANDRÉ PILGER

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil

JOSÉ APARICIO BRITTES FUNCK

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

LISSANDRA DAL LAGO

Institut Jules Bordet, Bruxelas, Bélgica

LUCIANE NOAL CALIL

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil

MARIA FÁTIMA GLANER

Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil

MIRIZANA ALVES DE ALMEIDA

Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil

ROSMARI HORNER

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

SEBASTIAO CRONEMBERGER SOBRINHO

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil

VAGNER DOS SANTOS

Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Michel Temer

MINISTRO DA EDUCAÇÃO

José Mendonça Bezerra Filho

REITOR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Paulo Afonso Burmann

DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

José Edson Paz e Silva

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA

ANGELITA BOTTEGA

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

BIANCA SILVA GARCIA

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

PABLO MOREIRA DE MELLO

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

ROBERTA FILIPINI RAMPELOTTO

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

SUMÁRIO

8 EDITORIAL

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS

11 AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO EM ADULTOS NO SUL DO BRASIL

Carolina Simões Pires Ribeiro, Beatris Gonzalez Cademartori, Andréa da Silva Ramos Rocha

ENFERMAGEM

21 AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM TRABALHADORES DE UM CAMPUS UNIVERSITÁRIO PÚBLICO

Aline Loiola Moura, Maria do Carmo Lourenço Haddad, José Carlos Dalmas, Julia Trevisan Martins, Paloma de Souza Cavalcante Pissinati

31 SINAIS E SINTOMAS OSTEOMUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Camila Gonçalves Monteiro Anunciação, Luciana Aparecida Sales, Mileid Correa Andrade, Cristiane Aparecida Silveira, Sônia Maria Alves Paiva

41 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL SOB A ÓTICA DE GESTANTES E FAMILIARES

Fabiano Fraga Carpes, Lucia Beatriz Ressel, Karine Eiel Stumm

49 CONHECIMENTO SOBRE BIOSSEGURANÇA ENTRE MANICURES: NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Andressa Fernanda Silva, Cristiane Aparecida Silveira

59 MOTIVOS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Maria de Fátima Mantovani, Ângela Taís Mattei, Evelyn Nunes da Rocha, Carina Bortolato Major, Elis Martins Ulbrich, Karin Cristina Barboza

67 ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: GESTÃO DE SERVIÇO

Leticia Silveira Cardoso, Mariana Xavier Bertoncello, Paulo Sergio Ceretta, Valdecir Zavarese da Costa, Laurelize Pereira Rocha, Marta Regina Cezar-Vaz

79 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PORTADORES DE ETILISMO DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE LAJEADO/RS, 2011-2012

Ioná Carreno, Deise Juliana Beckel Hendges, Daniel Granada da Silva Ferreira



FARMÁCIA

89

PRESENÇA DE ANALITOS QUÍMICOS E MICROSCÓPICOS NA URINA E SUA RELAÇÃO COM INFECÇÃO URINÁRIA

Lenir Alves Bortolotto, Denise Michelle Indras, Claudinei Mesquita da Silva, Leyde Daiane de Peder

97

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS POTENCIAIS NA FARMACOTERAPIA DE IDOSOS ATENDIDOS EM FARMÁCIA BÁSICA DO SUL DO BRASIL

Cristiane Carla Dressler Garske, Mariana Portela de Assis, Ana Paula Helfer Schneider, Ediberto de Oliveira Machado, Lisoni Muller Morsch

FISIOTERAPIA

107

EFEITOS DE UM PROGRAMA DE GINÁSTICA LABORAL SOBRE SINTOMAS DE DOR E FADIGA EM TRABALHADORES

Carolina Franciscatto, Juliana Costa da Rocha, Simone Lara

115

CÂNCER DE MAMA: ESTUDO RETROSPECTIVO EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL

Hedioneia Maria Foletto Pivetta, Adriana Cielo, Marina Segala, Gustavo do Nascimento Petter, Thais Nogueira de Oliveira Martins, Betina Pivetta Vizzotto, Elenir Terezinha Rizzetti Anversa, Melissa Medeiros Braz

123

PREVALÊNCIA DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL EM UNIVERSITÁRIAS DO CURSO DE FISIOTERAPIA

Guilherme Tavares de Arruda, Melissa Medeiros Braz

FONOaudiologia

129

TAXA DE EVASÃO NO RETESTE DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL: A RELEVÂNCIA DO TERMO DE RESPONSABILIDADE

Bianca Bertuol, Ândrea de Melo, Bruna Machado Corrêa, Eliara Pinto Vieira Biaggio

INTERDISCIPLINAR

137

A TERAPÉUTICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À LUZ DO DISPOSITIVO “PROJETO TERAPÉUTICO SINGULAR”

Rafaela Quintana Marchesan, Ana Luiza Ferrer

149

EMPODERAMENTO E AUTONOMIA EM SAÚDE MENTAL: O GUIA GAM COMO FERRAMENTA DE CUIDADO

Ana Carolina Machado Freitas, Juliana Beatriz Reckziegel, Rita de Cássia Barcellos

157

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS DA COMUNIDADE

Dinara Hansen, Tatiane Konrad Rückert, Carolina Böttge Rosa, Solange Beatriz Billig Garces, Michele Ferraz Figueiró, Jociane de Carvalho Myskiw, Janaina Coser, Ângela Vieira Brunelli





167 DESEMPENHO DOS PACIENTES SIMULADOS NO EXERCÍCIO DE AVALIAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

Magali Aparecida Alves Moraes, Olga Aparecida Angeli

175 AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

Fábio Pereira de Carvalho; Igno Leonardo do Nascimento Carvalho; Antônia Sylca de Jesus Sousa; Camila Duarte Simões; Erisonval Saraiva da Silva; Joelita de Alencar Fonseca Santos.

185 PERCEPÇÃO, CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS MÉDICOS NO PROGRAMA REDE MÃE PARANAENSE

Thais Vanessa Bugs, Sebastião Caldeira, Gicelle Galvan Machineski, Marlei Fátima Cezarotto Fiewski, Bruna Maria Bugs, Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla, Rosane Meire Munhak da Silva

195 SOLUBILIZAÇÃO DA CUMARINA EM MEIO AQUOSO E DETERMINAÇÃO DA SUA ATIVIDADE ANTIBACTERIANA

Milene Ribeiro da Silva, Greicy Mara Mengue Feniman-De-Stefano, Otávio Akira Sakai, Flavio Augusto Vícentes Seixas, Cristiane Mengue Feniman Moritz

203 RELAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL COM O RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO BOLSA FAMÍLIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE CAIÇARA, RS.

Mariana Balestrin, Vanessa Ramos Kirsten, Daniela Paini, Rafael Ferreira Dalmolin

215 PERFIL DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA - RS: VIVENCIAS MULTIDISCIPLINARES PARA TROCA DE SABERES

Tamires Daros dos Santos, Nicássia Cioquette Lock, Solange Schio Lnza, Andressa Baccin dos Santos, Sandra Trevisan Beck, Elenir Terezinha Rizzetti Anversa, Luciane Silva Ramos, Valeria Parecida da Rosa

225 SERVIÇO DE ATENDIMENTO FARMACÊUTICO AO IDOSO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Sandra Larissa Freitas dos Santos, Rainne de Oliveira Almeida, Carlos Eduardo Quirino Paiva, Karla Bruna Nogueira Torres Barros, Maria Luísa Bezerra de Macedo Arraes

233 A QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS DE UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

Tayane Silva da Silva, Aline Sarturi Ponte, Jodeli Pommerehn, Miriam Cabrera Corvelo Delboni

NUTRIÇÃO

RELATO DE EXPERIÊNCIA

TERAPIA OCUPACIONAL

EDITORIAL

Acada ano é mais fácil perceber o jogo de interesses ideológicos pela disputa do poder. Vivemos um momento delicado mundialmente pela falta de lideranças. Na história política brasileira é assim e na educacional não é diferente. Portanto as decisões são tomadas tendo em vista os interesses de grupos políticos, econômicos, sociais, culturais. Da força majoritária resultam as políticas públicas para o ensino superior, educação básica, proposta de emenda à constituição, projeto de combate a corrupção, e por aí vai.

Nacionalmente ocorreram mobilizações e ocupações de estudantes universitários e de Ensino Médio, em defesa de uma melhor educação pública, entre outras reivindicações. Nos Estados Unidos, não faz muito tempo, o Congresso promoveu sessões na madrugada para votar projetos impopulares. Essa manobra foi imitada por aqui.

Há mais de uma década, a nação brasileira vive a mercê de falsas verdades de projetos políticos e educacionais que não estão a serviço da cidadania, não representam uma decisão conjunta no reconhecimento das diferenças individuais na luta por um viver melhor sem exploração.

FALTA RESPEITO!

Segundo o velho provérbio "a responsabilidade é o pré-requisito para a liberdade".

Com grande satisfação disponibilizamos o presente número da **Revista Saúde (Santa Maria) 2/2016 (Vol. 42, Nº.2, Jul./Dez. 2016)**.

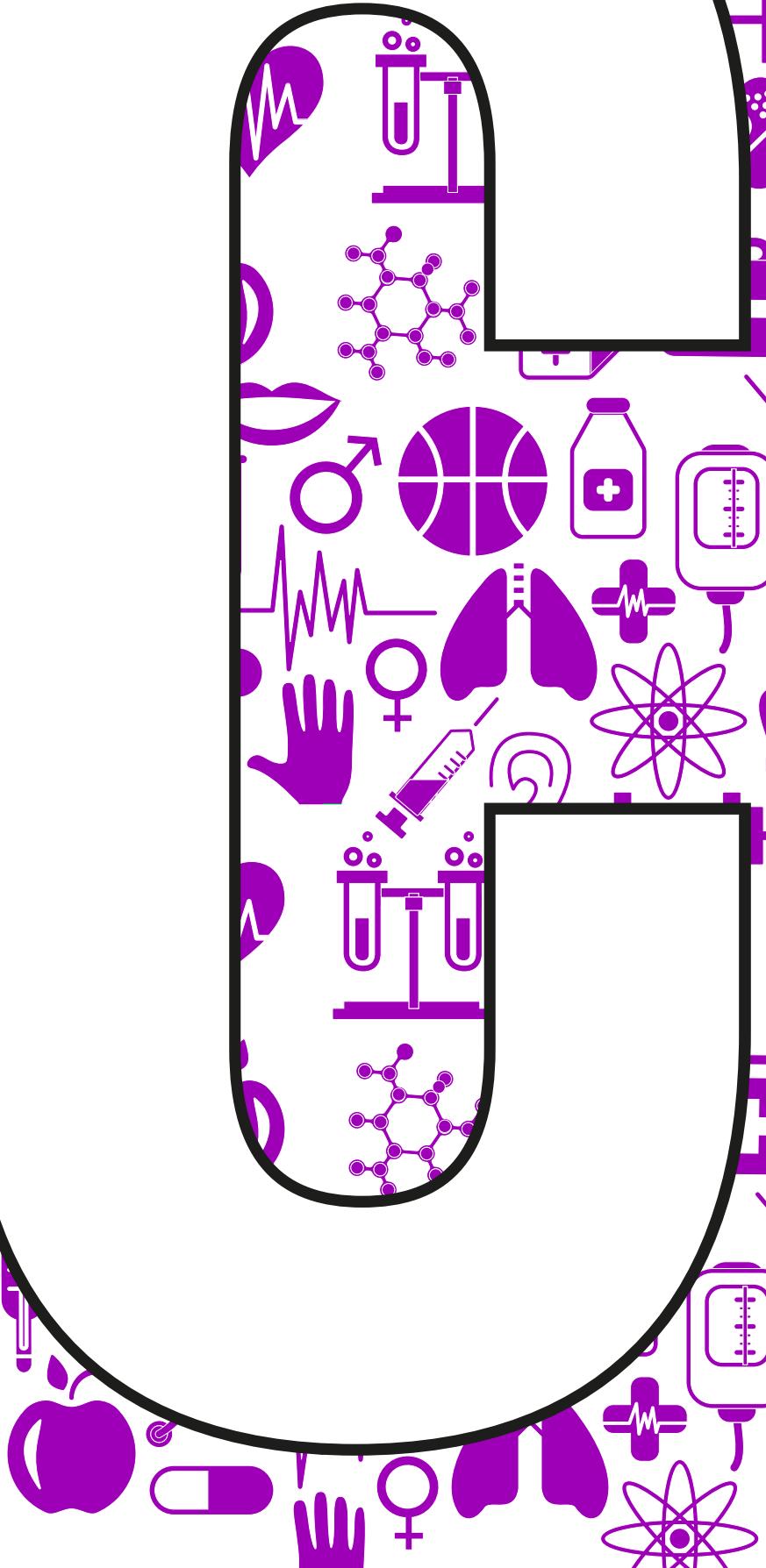
Esperamos que os artigos que fazem parte desse novo número agradem a vocês, leitoras e leitores que acessarem nossa revista.

Desejamos uma ótima leitura a todos!

Rosmari Hörner

Editora

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS



Santa Maria, v. 42, n.2, p. 11-19, jul./dez. 2016

AVALIAÇÃO DO PERFIL LIPÍDICO EM ADULTOS NO SUL DO BRASIL

LIPID PROFILE IN ADULTS FROM WEST FRONTIER OF RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL

Carolina Simões Pires Ribeiro¹, Beatris Gonzalez Cademartori², Andréa da Silva Ramos Rocha³

RESUMO

Objetivo: avaliar o perfil lipídico em adultos de um laboratório de análises clínicas em Santana do Livramento/RS. Metodologia: estudo transversal retrospectivo quantitativo desenvolvido em um laboratório com 944 indivíduos que realizaram dosagens do perfil lipídico. Resultados: a maioria dos indivíduos apresentou dosagens de lipídeos fora do desejável. Foi observada diferença estatisticamente significante entre os sexos e os valores de HDL-c ($p \leq 0,001$) e triglicerídeos ($p \leq 0,001$). Associação significativa foi observada entre a faixa etária e as dosagens de colesterol total ($p \leq 0,001$) e LDL-c ($p = 0,010$), para ambos os sexos. Percentuais elevados de hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipidemia mista e HDL-c baixo foram observados em indivíduos a partir dos 40 anos de idade. Conclusão: os resultados encontrados evidenciam uma forte tendência ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares a partir de 40 anos de idade e poderão contribuir para um planejamento preventivo de estratégias de saúde pública na região.

Descriptores: Prevalência; Dislipidemias; Lipídeos

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the lipid profile in adults of a clinical analysis laboratory in Santana do Livramento- RS. Retrospective cross-sectional study developed in a laboratory with 944 those subjects who performed dosages of the lipid profile. Most subjects had lipid dosages outside desirable. There was a statistically significant difference between the sexes and HDL-C values ($p \leq 0.001$) and triglycerides ($p \leq 0.001$). A significant association was observed between age and total cholesterol ($p \leq 0,001$) and LDL-C ($p = 0.010$) for both sexes. Percentuais elevados de hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipidemia mista e HDL-c baixo foram observados em indivíduos a partir dos 40 anos de idade. The results evidence a strong tendency to develop cardiovascular disease from 40 years of age and may contribute to a preventive planning public health strategies in the region.

Descriptors: Prevalence; Dyslipidemias; Lipids

¹ Mestre em Ciências - Bioquímica pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil.

² Doutora em Parasitologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Pelotas, RS, Brasil.

³ Doutora em Biotecnologia pela Universidade Federal de Pelota (UFPEL), Pelotas, RS, Brasil.

Introdução

As dislipidemias são caracterizadas por distúrbios no metabolismo dos lipídeos. Estão diretamente relacionadas ao fator de risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), sendo esta uma das principais causas de mortalidade em adultos¹. Em busca da redução da incidência dessas doenças, têm-se estudado a sua fisiopatologia e identificado fatores de risco ligados ao seu desenvolvimento^{2,3}.

Vários são os fatores de risco para o aparecimento de DCV, como sedentarismo, hábito alimentar inadequado, tabagismo, etilismo e histórico familiar de hiperlipidemia⁴. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, o perfil lipídico deve ser realizado para controlar o aparecimento ou para o monitoramento de suas complicações. Este é determinado pelas dosagens bioquímicas de colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol e triglicerídeos⁵.

Níveis elevados de colesterol total, LDL colesterol e triglicerídeos, assim como níveis reduzidos de HDL colesterol estão relacionados com maior incidência de hipertensão e doença aterosclerótica⁶.

Com progressão lenta, a atherosclerose se inicia na infância sendo caracterizada pela formação de ateromas (depósitos de lipídeos na camada íntima das artérias) que provocam a restrição do fluxo sanguíneo. O estreitamento da luz do vaso pode levar à obstrução e surgimento de suas manifestações clínicas, como infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica⁷.

A prevalência das dislipidemias em uma região pode variar segundo características socioeconômicas, sexo, idade, estilo de vida e hábitos dietéticos culturais⁸. A fronteira oeste do Rio Grande do Sul é uma região caracterizada pelo elevado consumo de alimentos gordurosos por influência cultural e, por este ser um dos fatores relacionado ao desenvolvimento das dislipidemias, a população desta região poderá estar mais suscetível ao desenvolvimento desta enfermidade.

Sendo assim, este estudo teve como objetivo avaliar o perfil lipídico de indivíduos adultos de um laboratório de análises clínicas, no município de Santana do Livramento, fronteira oeste do Rio Grande do Sul, Brasil.

Metodologia

Um estudo transversal retrospectivo qualitativo foi realizado, no período de janeiro de 2012 a janeiro de 2013, em um laboratório de análises clínicas, localizado na cidade de Santana do Livramento, fronteira oeste do estado do Rio Grande do Sul. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Católica de Pelotas sob o Protocolo nº 377.733 /Julho 2013.

As amostras foram selecionadas a partir do banco de dados do laboratório. Foram selecionados todos os indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos, que realizaram exames para avaliar o perfil lipídico durante o período do estudo. No total foram avaliados 944 indivíduos, de ambos os sexos, com idade de 20 a 59 anos. Foram excluídos do estudo, aqueles que realizaram exames de repetição (monitoramento terapêutico ou confirmação de resultados anteriores) nesse intervalo de tempo.

As dosagens séricas de colesterol total (CT), triglicerídeos (TG) e colesterol HDL (HDL-c) foram realizadas por método colorimétrico enzimático no equipamento automatizado Integra 400 (Roche®). O colesterol LDL (LDL-c) foi obtido através de cálculo de Friedewald para triglicerídeos abaixo de 400mg/dL: $LDL = CT - (HDL-c + TG/5)$ ⁹.

Para a avaliação do perfil lipídico e classificação das dislipidemias foram adotados os valores referenciais estabelecidos pela V Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Atherosclerose (V DBPA) para indivíduos com idade a partir de 20 anos⁵.

Posteriormente, todos os indivíduos que apresentaram alteração nas frações lipídicas foram incluídos na classificação das dislipidemias, em quatro tipos: hipercolesterolemia isolada, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipidemia mista e HDL-c baixo (Tabela 1).

Tabela 1 - Classificação das dislipidemias segundo a V Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose.

Hipercolesterolemia isolada	LDL-c \geq 160 mg/dL
Hipertrigliceridemia isolada	TG \geq 150 mg/dL
Hiperlipidemia mista	LDL-c \geq 160 mg/dL TG \geq 150 mg/dL
HDL-c baixo	HDL-c < 40 mg/dL (Homens) HDL-c < 50 mg/dL (Mulheres)

Análise estatística

Os dados foram validados por dupla digitação e análise estatística realizada pelo Programa Stata versão 12.0 (*Stata Corporation, College Station, TX, USA*). A análise descritiva foi realizada para descrever as frequências absolutas e relativas. Os testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher foram realizados para analisar a associação entre as variáveis independentes e de interesse. Foi adotado um percentual de 95% de confiança ($p<0,05$).

Resultados

Foram avaliados os exames laboratoriais de 944 indivíduos, sendo 551 (58,4%) do sexo feminino. A média de idade foi 43,6 anos para mulheres e 45,2 anos para os homens.

Verificou-se que 78,1% (737/944) dos indivíduos apresentaram dosagens de parâmetros do perfil lipídico fora do desejável segundo a V DBPA. No sexo feminino, os valores de colesterol total variaram de 205 a 559 mg/dL, triglycerídeos de 150 a 3184 mg/dL, HDL-c de 21 a 59 mg/dL e, LDL-c de 130 a 256 mg/dL. No sexo masculino, as taxas de colesterol total foram de 201 a 431 mg/dL, triglycerídeos de 17 a 873 mg/dL, HDL-c de 26 a 59 mg/dL e, LDL-c de 143 a 339 mg/dL.

O perfil lipídico dos participantes de acordo com o gênero, usando como critério a V Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose está apresentado na tabela 2. Os valores de HDL-c ($p\leq 0,001$) e triglycerídeos ($p\leq 0,001$) quando comparados entre os gêneros apresentaram diferença estatisticamente significante. As mulheres apresentaram maiores percentuais nas categorias desejável (81,1%) e limítrofe (57,6%) de HDL-c em comparação aos homens. O percentual de homens foi maior em relação ao HDL-c baixo (60,1%). Em relação aos triglycerídeos, os maiores percentuais de valores alto e muito alto foram observados nos homens e, nas mulheres os maiores valores foram na categoria de desejável (90,5%) e limítrofe (54,4%). Não foi possível a realização da análise do LDL-c de 33 indivíduos, sendo 26 homens e 7 mulheres, pois apresentaram valores de triglycerídeos superiores a 400mg/dL, o que impossibilita o cálculo pela equação de Friedewald, totalizando 911 indivíduos.

Tabela 2 - Resultados da avaliação do perfil lipídico dos pacientes, segundo o gênero, Santana do Livramento, RS (n=944).

Lipídeos	***Categoria mg/dL	Masculino N %	Feminino N %	Total	Valor de p*
CT	Desejável <200	158	37,5	263	62,5
	Limítrofe 200-239	147	45,4	177	54,6
	Alto \geq 240	88	44,2	111	55,8
HDL-c	Desejável >60	39	18,9	167	81,1
	Limítrofe 40-60	214	42,4	291	57,6
	Baixo <40	140	60,1	93	39,1
	Ótimo <100	69	34,7	130	65,3

Continua...

Lipídeos	***Categoria mg/dL	Masculino N	Masculino %	Feminino N	Feminino %	Total	Valor de p*
LDL-c****	Desejável 100-129	109	37,5	182	62,5	291	0,062
	Limítrofe 130-159	121	44,5	151	55,5	272	
	Alto ≥ 160	68	45,6	81	54,4	149	
TG**	Desejável <150	212	35,8	381	64,2	593	$\leq 0,001$
	Limítrofe 150-199	70	43,5	91	56,5	161	
	Alto 200-499	92	54,4	77	45,6	169	
	Muito alto ≥ 500	19	90,5	2	9,5	21	

* Valores estatisticamente significantes com $p < 0,05$. ** Teste Exato de Fisher.

*** V Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção de Aterosclerose (2013). **** n= 911

A tabela 3 apresenta o perfil lipídico segundo a faixa etária estratificada por gênero. No grupo dos homens foram encontradas diferenças significativas nos valores de colesterol total ($p \leq 0,001$) e LDL-c ($p=0,010$) quando comparado entre as faixas etárias. Foi observado que 81,1% dos homens com valores considerados altos (≥ 240 mg/dL) para o colesterol total tinham idade a partir de 40 anos. Nesta mesma faixa etária, 80,9% dos homens apresentaram valores altos (≥ 160 mg/dL) para o LDL-c.

Para as mulheres, a análise estatística também mostrou diferença significativa entre as faixas etárias para o colesterol total ($p \leq 0,001$) e LDL-c ($p \leq 0,001$). Valores altos para colesterol total (80,9%) e LDL-c (79%) foram observados a partir de 40 anos de idade.

Tabela 3 - Avaliação do perfil lipídico dos pacientes, segundo gênero e faixa etária, Santana do Livramento, RS (n=944).

Lipídeos	Masculino			Feminino		
	20-29	N (%) 30-39	≥ 40	20-29	N (%) 30-39	≥ 40
TG**						
Desejável (<150 mg/dL)	25 (11,8)	51 (24,1)	136 (64,1)	64 (16,8)	79 (20,7)	238 (62,5)
Limítrofe (150-199 mg/dL)	4 (5,8)	12 (17,1)	54 (77,1)	11 (12,1)	16 (17,6)	64 (70,3)
Alto (200-499 mg/dL)	5 (5,4)	14 (15,2)	73 (79,4)	6 (7,8)	12 (15,6)	59 (76,6)
Muito alto (≥ 500 mg/dL)	0 (-)	3 (15,8)	16 (84,2)	0 (-)	1 (50)	1 (50)
Valor de p*	0,058			0,188		
CT**						
Desejável (<200 mg/dL)	24 (15,2)	39 (24,7)	95 (60,1)	62 (23,6)	64 (24,3)	137 (52,1)
Limítrofe (200-239 mg/dL)	6 (4,1)	29 (19,7)	112 (76,2)	11 (6,2)	30 (17)	136 (76,8)
Alto (≥ 240 mg/dL)	4 (4,6)	12 (13,6)	72 (81,8)	8 (7,2)	14 (12,6)	89 (80,2)
Valor de p*	$\leq 0,001$			$\leq 0,001$		

Continua...

Lipídeos	Masculino			Feminino		
	20-29	N (%) 30-39	≥40	20-29	N (%) 30-39	≥40
HDL -c**						
Desejável (> 60 mg/dL)	6 (15,4)	5 (12,8)	28 (71,8)	26 (15,6)	29 (17,3)	112 (67,1)
Limítrofe (40- 60 mg/dL)	13 (6,1)	45 (21)	156 (72,9)	42 (14,4)	58 (20)	191 (65,6)
Baixo (< 40 mg/dL)	15 (10,7)	30 (21,4)	95 (67,9)	13 (14)	21 (22,6)	59 (63,4)
Valor de p*	0,207			0,888		
LDL-c**						
Ótimo (<100 mg/dL)	12 (17,4)	18 (26,1)	39 (56,5)	33 (25,4)	41 (31,5)	56 (43,1)
Desejável (100-129 mg/dL)	13 (11,9)	25 (22,9)	71 (65,2)	31 (17)	32 (17,6)	119 (65,4)
Limítrofe (130-159 mg/dL)	5 (4,1)	25 (20,7)	91 (75,2)	12 (7,9)	22 (14,6)	117 (77,5)
Alto (≥160 mg/dL)	4 (5,9)	9 (13,2)	55 (80,9)	5 (6,2)	12 (14,8)	64 (79)
Valor de p*	0,010			≤0,001		

* Valores estatisticamente significantes com p <0,05. ** Teste Exato de Fisher

Os resultados da classificação das dislipidemias de indivíduos que apresentaram alteração nas frações lipídicas (n= 737), segundo o gênero e faixa etária estão descritos na tabela 4. Observou-se um percentual mais elevado de hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia isolada, hiperlipidemia mista e HDL-c baixo na faixa etária a partir de 40 anos de idade, em ambos os sexos.

Tabela 4 - Classificação das dislipidemias de acordo com os critérios adotados pela V Diretriz Brasileira de Prevenção da Aterosclerose (n= 737).

Classificação das Dislipidemias	Faixa etária					
	Masculino			Feminino		
	20-29	30-39	≥40	20-29	30-39	≥40
Hipercolesterolemia Isolada	4 (4,3 %)	12 (12,8%)	78 (82,9%)	5 (5,7%)	13 (14,8%)	70 (79,5%)
Hipertrigliceridemia Isolada	9 (5%)	29 (16%)	143 (79%)	17 (10%)	29 (17,1%)	124 (72,9%)
Hiperlipidemia Mista	2 (3,3%)	6 (9,8%)	53 (86,9%)	1 (2,5%)	4 (10%)	35 (87,5%)
HDL-C baixo	15 (10,7%)	30 (21,4%)	95 (67,9%)	29 (12,4%)	56 (23,9%)	149 (63,7%)

Discussão

Relevantes estudos avaliando as dislipidemias em adultos são encontrados na literatura, no entanto, apresentam diferentes parâmetros de classificação e amostragem populacional. Neste estudo, foi adotado como referencial os critérios da V Diretriz Brasileira de Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose⁵.

O percentual das doenças cardiovasculares (DVC) tem aumentado progressivamente, inicialmente nos países desenvolvidos e mais recentemente naqueles em vias de desenvolvimento, por influência da modificação do estilo de vida e o aumento do peso da população^{10,11}.

A prevalência de alteração em componentes do perfil lipídico encontrada (78,1%) foi superior ao estudo realizado em Goiânia (GO)¹², no qual observaram um percentual de 51,2%. Isso pode ser explicado pelo estilo de vida, genética, alimentação, idade e sexo da população⁵.

Foi observada uma diferença significativa nos valores de HDL-c entre os sexos. Homens apresentaram maior percentual (60,1%) de valores baixos de HDL-c (< 40mg/dL). Em contrapartida, as mulheres apresentaram percentuais maiores na faixa desejável, na qual os níveis são superiores a 60 mg/dL. O percentual encontrado foi superior aos observados em Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil)⁸ e em Goiânia (GO)¹², onde os pesquisadores relataram níveis baixos de HDL-c em 37,3% e 41,44% dos homens, respectivamente. Níveis baixos de HDL-c aumentam os riscos de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, pois essa lipoproteína exerce a função de proteção contra a aterogênese⁵.

O aumento dos triglicerídeos é um distúrbio lipídico relativamente frequente em uma população, exercendo um papel primário na formação de aterosclerose e predisposição à doença cardiovascular¹³. Neste estudo, verificou-se níveis de triglicerídeos mais elevados nos homens em relação às mulheres, sendo esta associação estatisticamente significante. Estes dados corroboram com os valores encontrados em um estudo realizado no interior de Minas Gerais¹⁴.

O principal fator de risco não modificável para a DVC é a idade. A partir da terceira década de vida, as lesões do endotélio vascular tornam-se mais evidentes e as suas consequências clínicas surgem por volta dos 40 anos¹⁵. Observou-se uma diferença estatisticamente significativa da idade sobre os níveis lipídicos de colesterol total e LDL-c. Em ambos os sexos, o colesterol foi mais elevado nos indivíduos de maior faixa etária (acima dos 40 anos de idade). A variação observada do colesterol total com a idade é semelhante com as observações encontradas em outros estudos^{10,16}.

Em relação ao LDL-c, a idade também apresentou diferença significativa quando associada ao sexo masculino e feminino. Quanto maior a idade, mais elevados foram os níveis de LDL-c. Essa lipoproteína de baixa densidade possui uma relação direta no surgimento de DVC com elevados níveis de LDL-c, uma vez que estas partículas participam do desenvolvimento das placas ateroscleróticas^{5,17}.

As dislipidemias apresentaram um maior percentual em indivíduos mais velhos e de ambos os性os. Estes resultados podem ser explicados pelo estilo de vida e comportamento adotados pelos indivíduos dessa faixa etária; como tabagismo, sedentarismo, etilismo e hábitos alimentares⁸. Os homens com idade mais avançada tendem a acumular maior teor de gordura visceral do que as mulheres, sendo um importante fator de risco associado a outros fatores modificáveis para o desenvolvimento das dislipidemias e aparecimento de DVC¹⁸. Nas mulheres, outro fator que pode ser determinante na elevação dos lipídeos é a redução de estrógenos¹⁹. Estudos relataram que os níveis séricos de colesterol total, triglicerídeos e LDL-c podem aumentar da pré-menopausa para a pós-menopausa²⁰ e esse aumento pode estar relacionado com as alterações no índice de massa corporal e na composição corporal ocorridas com o advento do climatério e do envelhecimento²¹.

Dentre as limitações deste estudo estão o delineamento transversal que não permite a inferência de causa e efeito, e da amostra ser representativa apenas do centro em que foram coletados os dados. Entretanto, é o primeiro trabalho desenvolvido na região, apresentando as estimativas de prevalência do perfil lipídico de adultos com a determinação das frequências por sexo e idade com referencial padronizado.

Considerações Finais

A prevalência de alterações no perfil lipídico foi elevada entre os indivíduos a partir de 40 anos de idade, o que demonstra uma forte tendência ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares. O conhecimento de prevalências é fundamental para que políticas públicas de saúde em âmbito local sejam desenvolvidas. Os dados encontrados

contribuirão para a melhor caracterização epidemiológica do risco cardiovascular na população estudada, permitindo um adequado planejamento de estratégias preventivas de saúde pública para a região. Ademais, mais trabalhos devem ser desenvolvidos na região a fim de ampliarem o conhecimento acerca do perfil lipídico desta população de traços e hábitos culturais característicos da fronteira do Rio Grande do Sul, sul do Brasil.

Referências

1. Mansur, A.P.; Favarato, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. Arq. Bras. Cardiol., São Paulo, v. 99, n. 2, p. 755-761, Aug. 2012
2. Salvaro RP, Avila Júnior S. Perfil lipídico e a sua relação com fatores de risco cardiovascular em estudantes de nutrição. Rev SOCERJ. 2009; 22(5): 309-17.
3. Trapé, A.; Lizzi, E.; Jacomini, A.; Hott, S.; Bueno, C.R.; Zago, A.S. Aptidão física e nível habitual de atividade física associados à saúde cardiovascular em adultos e idosos. Medicina (Ribeirão Preto) 2015;48(5): 457-66
4. Pereira, R. A relação entre dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2. Cad. UniFOA. 2011; 17 (2): 101-6.
5. Xavier, H.T.; Izar, M.C.; Faria Neto, JR.; Assad, M.H.; Rocha, V.Z.; Sposito, A.C. et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arq Bras Cardiol. 2013; 101(4): 1-20.
6. Siqueira, A.F.A.; Abdalla, D.S.P.; Ferreira, S.R.G. LDL: da síndrome metabólica à instabilização da placa aterosclerótica. Arq Bras Endocrinol Metab. 2006; 50(2): 334-43.
7. Pereira, P.B.; Arruda, I.K.G.; Cavalcanti, A.M.T.S.; Diniz, A.S. Perfil lipídico em escolares de Recife – PE. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(5): 606-13.
8. Silva, R.C.; Diniz, M.F.H.S; Alvim, S.; Vidigal, P.G.; Fedeli, L.M.G.; Barreto, S.M. Atividade Física e Perfil Lipídico no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). Arq Bras Cardiol. 2016; 107(1):10-19.
9. Friedewald, W.T.; Levi, R.I.; Fredrickson, D.S. Estimation of the concentration of low density lipoproteins cholesterol in plasma without use of the ultracentrifuge. Clin Chem. 1972; 18(6): 499-502.
10. Cortez-Dias, N.; Martins, S.R.; Belo, A.; Fiúza, M. Caracterização do perfil lipídico nos utentes dos cuidados de saúde primários em Portugal. Rev Port Cardiol. 2013; 32 (12): 987-96.
11. Alakkas, Z.; Alswat, K.A.; Otaibi, M.A.; Althobaiti, T.; Alzaidi, N.; Khalek, E.A.; Alfif, A. The prevalence and the clinical characteristics of metabolic syndrome patients admitted to the cardiac care unit. J Saudi Heart Assoc 2016; 28:136–143.
12. Montel, M.G.; Costa, S.H.N.; Blanch, G.T. Prevalência de dislipidemia em pacientes atendidos em hospital militar de Goiânia-Goiás. Estudos, Goiânia. 2014; 41(4): 715-20.
13. Toth, P.P. Triglyceride-rich lipoproteins as a causal factor for cardiovascular disease. Vascular Health and Risk Management 2016:12 pag. 171-183
14. Pimenta, A.M.; Kac, G.; Gazzinelli, A.; Corrêa-Oliveira, R.; Velásquez-Meléndez, G. Associação entre obesidade central, triglicerídeos e hipertensão arterial em uma área rural do Brasil. Arq Bras Cardiol. 2008; 90(6): 419-25.
15. Sözmen, K.; Ünal, B.; Sakarya, S.; Dinç, G.; Yardım, N.; Keskkinkılıç, B.; Ergör, G. Determinants of prevalence, awareness, treatment and control of high LDL-C in Turkey. Anatol J Cardiol 2016; 16: 370-84
16. Hoffmann, K.; Matyjaszczyk, P.; Zaporowska-Stachowiak, I.; Kostrzewska, M.; Piorunek, T.; Minczykowska, A.; Bryl, W. Lipid profile of polish primary care patients aged 35-55 years living in the district of pleszew. Acta Pol Pharm. 2016 Mar-Apr;73(2):537-46.
17. Ahmed, H.M.; Miller, M.; Nasir, K.; McEvoy, J.W.; Herrington, D.; Blumenthal, R.S.; Blaha, M.J. Primary Low Level of High-Density Lipoprotein Cholesterol and Risks of Coronary Heart Disease, Cardiovascular Disease, and Death: Results From the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis.
18. Santos, C.M.; Silva, C.S.; Araujo, E.C.; Arruda, I.K.G.; Diniz, A.S.; Cabral, P.C. Perfil lipídico e glicídico de pacientes atendidos em ambulatório e sua correlação com índices antropométricos. Rev Port Cardiol. 2013; 32(1): 35-41.
19. Graff-Iversen, S; Thelle, D.S.; Hammar, N. Serum lipids, blood pressure and body weight around the age of the menopause. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2008; 15 (1): 83-88.
20. Stachowiak, G.; Pertyński, T.; Pertyńska-Marczewska, M. Metabolic disorders in menopause. Prz Menopauzalny 2015; 14(1): 59-64
21. Meirelles, R.M.R. Menopausa e síndrome metabólica. Arq Bras Endocrinol Metab. 2014;58/2.

Carolina Simões Pires Ribeiro

Endereço para correspondência - Gov. Agamenon Magalhães, n° 173,

CEP: 80210-170, Curitiba, PR, Brasil.

E-mail: carolinaspribeiro@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9121842164308562>

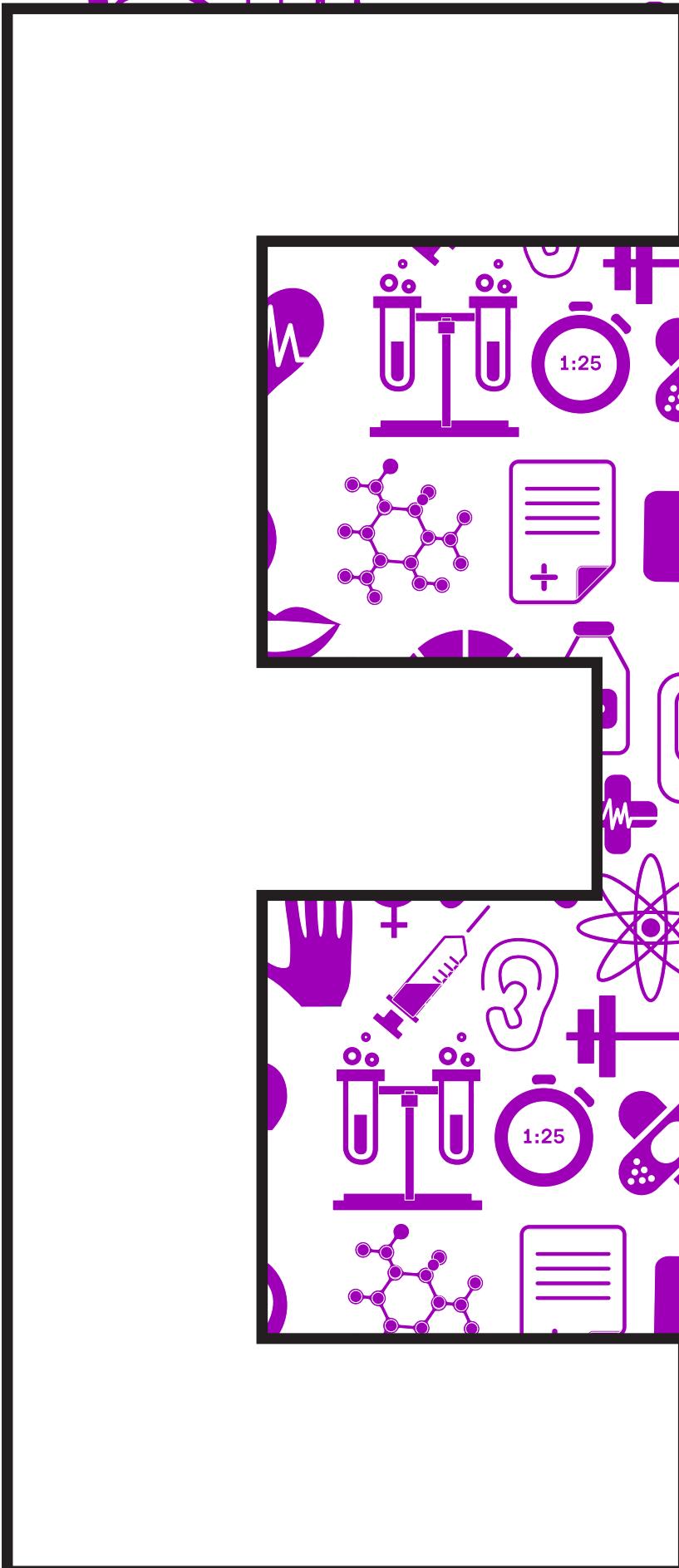
Beatris Gonzalez Cademartori – biacademartori@yahoo.com.br

Andréa da Silva Ramos Rocha – ararocha@terra.com.br

Enviado em 05 de abril de 2016.

Aceito em 06 de agosto de 2016.

ENFERMAGEM



AVALIAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR EM TRABALHADORES DE UM CAMPUS UNIVERSITÁRIO PÚBLICO

EVALUATION OF CARDIOVASCULAR RISK IN WORKERS OF A PUBLIC UNIVERSITY CAMPUS

**Aline Loiola Moura¹, Maria do Carmo Lourenço Haddad², José Carlos Dalmas³,
Julia Trevisan Martins⁴, Paloma de Souza Cavalcante Pissinati⁵**

RESUMO

Objetivou-se analisar o risco cardiovascular em trabalhadores de um campus universitário público. Estudo transversal e quantitativo. Avaliou-se o risco cardiovascular total por meio da análise de 226 prontuários de trabalhadores utilizando o Escore de Risco de Framingham. Identificou-se que 85% dos trabalhadores tinham mais de 40 anos de idade, 40,7% apresentaram níveis de colesterol total de limítrofe a alto, 31% possuíam níveis de LDL-c limítrofe a muito alto; 88,1% apresentaram níveis de colesterol HDL abaixo do recomendável, 7,8% eram tabagistas e 28,3% eram hipertensos. Observou-se uma parcela significativa entre médio a alto risco para doenças cardiovasculares em dez anos e forte associação entre Escore de Risco de Framinghan, hipertensão arterial, idade e sexo. Os resultados demonstram a necessidade de programar ações de promoção por hábitos de vida saudáveis aos trabalhadores, com o objetivo de reduzir os riscos para doenças e manter a capacidade laboral dos mesmos.

Descritores: Fatores de Risco; Saúde do Trabalhador; Doenças Cardiovasculares; Enfermagem; Setor Público.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the cardiovascular risk in workers of the a university campus. Cross-sectional and quantitative study. Evaluated the overall cardiovascular risk through analysis of 226 records workers using the Framingham Risk Score. It was identified that 85.0% of workers had more than 40 years of age, 40.7% had total cholesterol levels from borderline to high, 31.0% had LDL-c borderline to very high; 88.1% had HDL cholesterol levels below the recommended 7.8% were smokers and 28.3% were hypertensive. There was a significant portion of medium to high risk for cardiovascular disease in ten years and strong association between the Framingham Risk Score, hypertension, age and gender. The results demonstrate the need to program actions promoting healthy lifestyle habits by workers, with the aim of reducing risks for diseases and maintain the work capacity of the same.

Descriptors: Risk Factors; Worker's Health; Cardiovascular Diseases; Nursing; Public Sector.

¹ Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, PR, Brasil.

² Doutora em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil.

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

⁴ Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵ Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina (UEL) Londrina, PR, Brasil.

Introdução

No mundo, as doenças cardiovasculares (DCV) são consideradas a principal causa de morte em ambos os sexos, representam 20% de todas as causas de mortes entre indivíduos com mais de 30 anos de idade. Trata-se de um problema de saúde pública, diante de seu potencial de acarretar impactos no perfil de morbimortalidade dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo relacionadas aos fatores genéticos, ambientais, de envelhecimento e de estilo de vida^{1,2}.

Os fatores de risco possuem etiologia multifatorial que podem ser divididos em duas categorias: fatores de riscos modificáveis, os quais se referem ao ambiente e aos comportamentos do indivíduo, como o hábito tabagista, colesterol sérico elevado, hipertensão arterial (HA), inatividade física, diabetes *mellitus* (DM), obesidade, estresse, uso de anticoncepcional e obesidade abdominal. Já os não modificáveis, compreendem aqueles que não podem ser controlados, possuem origem genética e biológica, como a hereditariedade, sexo e idade avançada³.

Pesquisa realizada com trabalhadores da prefeitura de um campus universitário público situado no norte do Paraná, identificou que 77,6% dos trabalhadores possuíam mais de 40 anos de idade, exerciam atividades que exigiam grande esforço físico, bem como vivenciavam muitas situações de estresse psicoemocional, fatores esses que podem provocar riscos para a saúde⁴.

Destaca-se que o rastreamento destes riscos representa uma importante ferramenta para avaliação do risco de desenvolvimento de DCV em diferentes populações. Nesse sentido o estudo desenvolvido por Framingham representa um significativo avanço, uma vez que permite, por meio do Escore de Risco de Framingham, estimar o risco de um indivíduo desenvolver DCV em 10 anos. Esse instrumento pode ser aplicado em ambos os sexos, a partir de variáveis simples, clínicas e laboratoriais⁵.

Em busca bibliográfica realizada de pesquisas publicadas sobre esse tema a partir de 2000, encontrou-se uma lacuna de estudos realizados com trabalhadores que exercem atividades laborais que exigem elevado esforço físico e relacionados com os riscos cardiovasculares. Desse modo, essa pesquisa teve como objetivo analisar o risco cardiovascular em trabalhadores de um campus universitário público.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa. A população deste estudo foi constituída por 226 prontuários de trabalhadores que atuavam na prefeitura do campus de uma universidade pública localizada na cidade de Londrina, Paraná, que realizaram exames periódicos com informações referentes ao risco cardiovascular, os quais incluíam a pesquisa de colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicerídeos, glicemia de jejum, tabagismo, hipertensão arterial (HA) e diabetes *mellitus* (DM), em 2010 no Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT).

O período de coleta de dados ocorreu de novembro de 2011 a março de 2012. Foram incluídos no estudo prontuários de trabalhadores que realizaram exames periódicos no ano de estudo, registros completos referentes aos resultados dos exames laboratoriais e comorbidades, bem como aqueles que possuíam anotações legíveis. Para a coleta dos dados utilizou-se dois instrumentos, o primeiro foi um questionário para identificar os dados sociodemográficos e ocupacionais como sexo; idade; situação conjugal; escolaridade; função exercida, categorizada em nível de auxiliar operacional (motorista, vigilante, zelador, auxiliar de serviços gerais, técnico em manutenção, auxiliar de cozinha, jardineiro, auxiliar em eletrônica, operador de máquinas, segurança e telefonista), nível médio (técnicos em informática, técnicos em assuntos universitários e técnicos administrativos) e o nível superior (engenheiros civis, arquitetos e engenheiros eletricistas); tempo de serviço na instituição de estudo.

O segundo instrumento utilizou o Escore de Risco de Framingham (ERF) para avaliar o risco cardiovascular de cada trabalhador. O ERF inclui em sua análise os seguintes fatores de risco: sexo, idade, colesterol total, colesterol HDL-c, pressão arterial (PA), Diabetes Mellitus (DM) e tabagismo, com pontuação específica para cada um dos itens⁶.

A soma dos pontos conferiu o escore global de cada indivíduo assim discriminado: baixo risco < a 10%; médio risco, maior que 10%, porém, menor do que 20%; e alto risco > a 20%. Os indivíduos portadores de DM são categorizados como alto risco para DCV, independentemente da pontuação do escore, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)⁶.

Os dados foram transcritos e tabulados por meio do software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 1.9. Primeiramente, procedeu-se a análise estatística descritiva por meio da categorização dos dados sociodemográficos, ocupacionais e clínicos em frequências absolutas, relativas, bem como média, desvio padrão e coeficiente de variação para a variável idade. Posteriormente, foram submetidos à estatística analítica univariada e bivariada, com aplicação de teste Qui-Quadrado ($p < 0,05$), para verificar a associação de tais variáveis com o risco cardiovascular, obtido por meio do cálculo do Escore de Risco de Framingham.

Atendeu-se aos pressupostos éticos da Resolução 466/2012⁷, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos, de forma a obter a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob parecer nº 250/2011 e Certificado de Apreciação para Apresentação Ética (CAAE) nº 0233026800011.

Resultados

No que se refere a caracterização sociodemográfica dos trabalhadores, identificou-se que 196 (86,7%) eram do sexo masculino, com média de idade de 48,9 anos e desvio padrão de 10,0 anos que determinou um coeficiente de variação de 20,4%. Ainda, 164 (72,7%) encontravam-se em união estável e 131 (58,8%) concluíram o ensino médio. Quanto as características ocupacionais, a maioria, 197 (87,4%), pertencia ao nível de auxiliar operacional e 187 (82,7%) trabalhavam há mais de 10 anos na instituição.

Com relação aos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, a tabela 1 demonstra o perfil lipídico, a glicemia de jejum, o hábito de tabagismo e a presença de DM e HA entre os trabalhadores da instituição de estudo.

Tabela 1 – Fatores de risco cardiovascular em trabalhadores da prefeitura de um campus universitário público. Londrina (PR), 2014.

Variáveis	n=226	%
Colesterol Total		
Ótimo (< 200 mg/dL)	134	59,3
Limítrofe (200-239 mg/dL)	63	27,9
Alto (≥ 240 mg/dL)	29	12,8
LDL (Low Density Lipoprotein)		
Ótimo (< 100 mg/dL)	78	34,5
Desejável (100-129 mg/dL)	73	32,3
Limítrofe (130-159 mg/dL)	50	22,1
Alto (160-189 mg/dL)	21	9,3
Muito alto (≥ 190 mg/dL)	04	1,8
HDL (High Density Lipoprotein)		
Baixo (< 40 mg/dL)	71	31,4
Limítrofe (40-60 mg/dL)	128	56,7
Alto (> 60 mg/dL)	27	11,9
Triglicerídeos		
Ótimo (< 150 mg/dL)	145	64,2
Limítrofe (150-200 mg/dL)	34	15
Alto (201-499 mg/dL)	43	19
Muito alto (≥ 500 mg/dL)	04	1,8

Variáveis	n=226	%
Glicemia de jejum		
Normal (70-99 mg/dL)	179	79,2
Intolerância à glicose (100-125 mg/dL)	36	15,9
Diabetes mellitus (≥ 126 mg/dL)	11	4,9
Diabetes Mellitus		
Sim	16	7,1
Não	210	92,9
Tabagismo		
Sim	18	7,8
Não	208	92
HA (Diagnóstico médico registrado no prontuário e auto-referido pelo paciente)		
Sim	64	28,3
Não	162	71,7

Fonte: Autores

Considerando a classificação do risco cardiovascular segundo o ERF, destaca-se que 72 (31,9%) trabalhadores apresentaram médio e alto risco para doenças cardiovasculares em 10 anos, como exposto na tabela 2.

Tabela 2 – Escore de Risco de Framingham em trabalhadores da prefeitura de um campus universitário público. Londrina (PR), 2014.

Variáveis	n=226	%
Risco cardiovascular em 10 anos		
Baixo (< 10%)	154	68,1
Médio (10 a 20%)	47	20,8
Alto (> 20%)	25	11,1

Fonte: Autores.

Identificou-se nos prontuários dos trabalhadores que 48 (21,2%) foram encaminhados para especialistas. Dentre eles, 24 (52,0%), direcionados ao nutricionista isoladamente ou concomitante com outra especialidade, conforme tabela 3.

Tabela 3 – Encaminhamentos médicos para especialidades orientados aos trabalhadores da prefeitura de um campus universitário público. Londrina (PR), 2014.

Especialidade	n=48	%
Nutrição	24	52,0
Cardiologia	10	20,8
Endocrinologia	05	10,4
Oftalmologia	04	8,3
Dermatologia	02	4,2
Fisioterapia	01	2,1
Clínica Vascular	01	2,1
Urologia	01	2,1

Fonte: Autores.

Os dados da tabela 4 apresentam as variáveis sociodemográficas e clínicas estudadas que se associaram significativamente ($p<0,05$), com o ERF nos níveis de baixo, médio e de alto risco.

Tabela 4 – Distribuição dos trabalhadores da prefeitura de um campus universitário público, segundo sexo, idade e HA. Londrina (PR), 2014.

Variável	Escore de Risco de Framingham						<i>p</i> -valor	
	Baixo Risco		Médio Risco		Alto Risco			
	N	%	N	%	N	%		
Sexo								
Masculino	126	81,8	47	100	23	92	0,004	
Feminino	28	18,2	00	00	02	08		
Idade								
> 40 anos	121	78,6	47	100	24	96	0,000	
≤ 40 anos	33	21,4	00	00	01	04		
HA								
Sim	28	43,8	23	48,9	13	52	0,001	
Não	126	77,8	24	51,1	12	48		
Total	154	100	47	100	25	100		

Fonte: Autores.

Diante disso, evidenciou-se que houve significância estatística entre o sexo, idade e hipertensão arterial com o ERF. Destaca-se que as variáveis sexo masculino e idade maior que 40 anos estiveram associadas ao médio e alto risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares na população de estudo.

Discussão

O predomínio do sexo masculino no presente estudo pode estar relacionado com o significado social do trabalho masculino que é associado à questão de manutenção familiar. Em muitas situações o homem trabalha para garantir o sustento dos filhos, esposa e muitas vezes de outros familiares, o que reflete em uma grande carga de responsabilidade, a qual pode desencadear agravos à sua saúde, como DM, HA e doenças cardiovasculares, influenciados por fatores ambientais, dentre os quais se destacam os agentes estressores. Além disso as atividades exercidas por estes trabalhadores, são consideradas como trabalho pesado e, portanto, característico do homem, como parte das atribuições de gênero que são funcionais no mercado de trabalho⁸.

O Ministério da Saúde (MS) apresentou dados demonstrando que o homem possuía maior prevalência nas doenças cardíacas, DM e HA, vivendo em média sete anos a menos do que as mulheres. A cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens, resultado que pode estar associado à tendência do sexo masculino não priorizar os cuidados com a própria saúde⁹.

Verificou-se que os trabalhadores da instituição em estudo estão envelhecendo. As questões relativas ao envelhecimento funcional devem se tornar prioridade no campo da saúde e na segurança laboral, uma vez que o processo de envelhecimento provoca uma deterioração progressiva da função cerebral, cardiovascular, diminuição das forças musculares, redução da flexibilidade das articulações e órgãos dos sentidos. Esse processo acarreta, além de implicações socioeconômicas, mudanças nos hábitos de vida e pode repercutir no processo de adoecimento desse grupo populacional¹⁰.

Em relação à situação conjugal, a maioria dos trabalhadores (72,7%) possuía união estável. Estudo sobre organização do trabalho e as repercussões na saúde do trabalhador e de sua família, descreve que a família é considerada importante para a sociedade e, assim, pode interferir nos conflitos e decisões laborativas, e evidencia-se que as transformações do trabalho podem também repercutir diretamente nas relações familiares¹¹.

Outra constatação foi de que 58,0% dos trabalhadores concluíram o ensino médio. Resultados análogos foram observados em uma investigação que analisou as características de trabalhadores da construção civil, identificando que a maior parte dos entrevistados possuía ensino fundamental e médio. Essa informação confirma que desde o início da década de 2000 a maioria das empresas tem buscado a qualificação dos trabalhadores, para que os mesmos efetuem seus serviços com maior qualidade possível¹².

Quanto à função exercida, verificou-se que grande parte (87,4%) atuava como auxiliar operacional. É fato que quanto menor o nível do cargo ocupado pelo trabalhador, inferiores são seus ganhos mensais, situação que acarreta dificuldades para a manutenção de alimentação adequada, realização periódica de exercícios físicos, acesso aos serviços de saúde e boas condições de moradia, impactando inevitavelmente no estado de saúde dos servidores e maiores são os riscos de desenvolverem doenças¹³.

Observou-se que 77,9% dos trabalhadores realizavam horas extras, fato que permite inferir que são realizadas para aumentar sua renda salarial. Enfatiza-se que, dentro de certo limite, o esforço físico leva o indivíduo a um cansaço recuperável por meio do repouso. Entretanto, quando esse estado de cansaço é excedido freqüentemente e associado a outros estressores, pode contribuir para o desenvolvimento de desgastes físicos e mentais, que caracterizam a Síndrome de *Burnout*, a qual pode desencadear afastamentos laborais por parte do indivíduo acometido¹⁴.

Diante da sobrecarga de atividades, muitos trabalhadores desenvolvem doenças crônicas, como HA, DM, depressão, que podem ocasionar ausências no ambiente de trabalho. Portanto, ao considerar o absenteísmo como reflexo do adoecimento do trabalhador, torna-se necessário que os gestores avaliem as condições de saúde desses indivíduos, sobretudo, no que se refere a probabilidade de desenvolverem tais patologias¹⁵.

Em relação ao perfil lipídico, os dados apontaram que uma parcela significativa dos trabalhadores (40,7%) apresentou os níveis de colesterol total limítrofe a alto, ou seja, acima do desejável, considerando que o valor de referência é abaixo de 200 mg/dL¹³. Situação preocupante, visto que o colesterol total compreende todas as formas de colesterol encontradas nas lipoproteínas, e existe forte associação entre os níveis aumentados deste colesterol e o desenvolvimento de doença aterosclerótica¹⁶.

Analizando os níveis de LDL-c, 19,9% apresentaram níveis maiores que 130-159 mg/dL, o que, de acordo com a IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose,⁶ pode ser considerado como níveis limítrofe, 9,3% de 160-189 mg/dL e 1,8% maior que 190 mg/dL, ou seja, valor considerado muito alto, o que se apresenta como um fator de risco para as DCV.

Na maioria dos trabalhadores, os níveis de colesterol HDL estavam abaixo do desejável. Ressalta-se que os baixos níveis de HDL-c constituem um fator de risco isolado para DCV, sendo que o valor considerado como fator protetor é superior a 60 mg/dL. Assim, a maior parte da população estudada não possuía níveis de HDL-c preconizados¹⁷.

Ainda, identificou-se que 35,8% da população do presente estudo apresentaram níveis de triglicerídeos fora do desejado, o qual compreende valores menores do que 150mg/dl. Esse fato que eleva o risco de desenvolvimento de DCV, sobretudo, de doenças coronarianas, pode frequentemente estar associado a elevações no nível de colesterol LDL e reduções no colesterol HDL¹⁷.

Também foi encontrado um percentual de 7,1%, de trabalhadores diagnosticados como portadores de DM. No entanto, 20,8% encontravam-se fora da faixa da normalidade para glicemia de jejum que, de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, os valores de referencia em adultos estão entre 70-99 mg/dL¹⁸.

Resultados semelhantes foram identificados em um estudo com trabalhadores de uma instituição de ensino superior privada, no qual 8,5% dos participantes auto referiram diabéticos. Todavia, 14,9% encontravam-se fora da faixa da normalidade para glicemia de jejum. Uma explicação para esse situação é que os trabalhadores poderiam estar com a glicemia de jejum alterada, assim se caracterizando como pré-diabéticos, o que para a Sociedade Brasileira de Diabetes, o termo pré-diabético é utilizado para os pacientes com glicemia de jejum entre 100 e 125 mg/dL^{16,19}.

Em relação ao tabagismo, 7,8% dos prontuários possuíam essa informação registrada. Entretanto, em estudo com trabalhadores de uma instituição privada de ensino superior a prevalência de indivíduos tabagistas foi de 10,6%¹⁶. Essa diferença pode estar relacionada ao não registro de informações nos prontuários dos participantes que realizaram exames periódicos, dificultando um dos objetivos desse estudo.

Verificou-se que 28,3% dos trabalhadores possuíam diagnóstico de HA, dado que reforça a necessidade de implementar medidas preventivas eficazes para a redução de tal patologia, a qual caracteriza-se por ser, comumente, assintomática e, mesmo após diagnosticada, apresenta difícil controle e baixa adesão ao tratamento por parte dos

indivíduos acometidos¹⁹. Assim, a detecção, o tratamento e o controle da HA são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares²⁰.

Ao calcular o ERF identificou-se que 31,9% dos trabalhadores apresentaram risco médio e alto para um evento cardiovascular em dez anos. Percentual superior ao encontrado em estudo²¹ realizado com profissionais de serviços de atendimento pré-hospitalar, no qual o médio e alto risco prevaleceu em 11,6% dos trabalhadores.

Outro estudo²² que apresentou resultados inferiores ao dessa pesquisa foi o realizado com motoristas de ônibus na qual 15% apresentaram médio e alto risco para DCV. Destaca-se que a idade é um fator importante na determinação do ERF, sendo que no presente estudo se encontra maior concentração de indivíduos em processo de envelhecimento do que nos estudos comparados.

Observou-se que a maioria dos encaminhamentos para profissionais especializados foi para o nutricionista. Resultado que reforça que as ações para modificar os hábitos alimentares têm impacto na diminuição do peso corporal, melhora da tolerância à glicose, na redução da PA, e a melhora do perfil lipídico do plasma e como consequência a redução do risco cardiovascular¹⁷.

Ao verificar a relação do ERF com fatores isolados para risco cardiovascular, observou-se influência significativa do fator sexo ($p=0,004$). De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) a ocorrência de óbitos relacionados às doenças do aparelho circulatório segundo o sexo tem sido relativamente maior nos homens do que nas mulheres nos últimos anos, sendo que do total de 334.788 mortes no ano de 2011, 52,2% eram do sexo masculino²³.

O fator idade também apresentou relação significativa no ERF ($p<0,001$). O MS reconhece que as modificações do corpo referentes ao envelhecimento levam a uma diminuição gradativa na eficácia dos sistemas dos organismos, podendo afirmar que em relação às DCV, representam a primeira causa de óbito no país, e sua incidência tem aumento progressivo com a idade chegando a valores mais expressivos a partir dos 40 anos e aumentam significativamente a partir dos 70 anos²³.

O fato de o trabalhador ser portador de HA também apresentou relação significativa no ERF ($p<0,001$). Devido a sua alta prevalência, baixo controle e altos custos governamentais e, sobretudo, diante da dificuldade em se promover a adesão terapêutica permanece, atualmente, como um dos principais fatores de risco cardiovasculares¹⁹.

Considerando esses fatores, evidencia-se cada vez mais a relevância do papel do enfermeiro no campo de saúde do trabalhador. Compete a este profissional adotar medidas de educação em saúde, a fim de promover entre os trabalhadores o abandono de práticas inadequadas à saúde, como a inatividade física e o tabagismo, que contribuem significativamente para o surgimento de DCV²⁴.

Ressalta-se que os resultados dessa investigação já foram utilizados para realizar o planejamento das ações educativas e assistenciais que visaram à promoção, prevenção e diminuição dos agravos à saúde, propiciando uma melhor qualidade de vida para esses trabalhadores.

Considerações Finais

Os resultados do presente estudo demonstraram associações estatísticas significativas entre a HA, idade e sexo com ERF. Os dados chamam atenção por se tratarem, principalmente, de trabalhadores que atuavam, em sua maioria, em cargos de auxiliar operacional, que não exige alta escolaridade, com faixa etária predominante entre 41 e 60 anos de idade.

Salienta-se que estudos transversais não permitem atribuir causalidade às associações encontradas, já que analisam desfecho e exposição concomitantemente, podendo ser uma das limitações desta pesquisa. No entanto, verificou-se que os profissionais estudados estão expostos ao risco cardiovascular, em especial, os resultantes da HA, da idade, predominância do sexo masculino e das taxas de colesterol alteradas. Assim o ERF atingiu percentuais superiores aos encontrados na literatura.

Ainda, como limitação do estudo, não foi possível investigar variáveis relacionadas ao estilo de vida, como hábito de ingerir bebida alcoólica, praticar exercício físico, índice de massa corpórea (IMC), circunferência abdominal e antecedentes familiares. Sugere-se a realização de pesquisas futuras, com delineamento longitudinal e envolvendo populações maiores a fim de fortalecer as tendências observadas na presente pesquisa.

O desafio é ainda maior por se tratar de trabalhadores, em sua maioria, do sexo masculino que, em geral, apresenta resistência em reconhecer problemas de saúde e mudar hábitos de vida. Assim, os resultados demonstram a necessidade de reunir estas informações para a construção de políticas institucionais de promoção, prevenção, recuperação da saúde dos trabalhadores por meio de ações educativas pela equipe especializada em saúde do trabalhador.

Referências

1. Mansur AP, Favarato D. Mortalidade das doenças cardiovasculares no Brasil e nas região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. Arq bras cardiol [periódico na Internet]. 2012 Jun [citado 2016 abr 11];99(2):755-61. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2012001100010
2. Dutra DD, Duarte MCS, Albuquerque KF, Lima AS, Santos JS, Souto HC. Doenças cardiovasculares e fatores associados em adultos e idosos cadastrados em uma unidade básica de saúde. Rev pesq cuidado fundam [periódico na Internet]. 2016 Abr/Jun [citado 2016 abr 11];8(2):4501-9. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4787/pdf_1906
3. Covatti CF, Santos JM, Vicente AAS, Greff NT, Vicentini AP. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em adultos e idosos de um hospital universitário. Nutr clin diet hosp [periódico na Internet]. 2016 [citado 2016 abr 11];36(1):24-30. Disponível em: <http://revista.nutricao.org/PDF/361covatti.pdf>
4. Moura AL, Reis LM, Vannuchi MTO, Haddad MCFL, Domansky RC. Capacidade para o trabalho de funcionários da prefeitura de um campus universitário público. Rev Eletr Enferm [periódico na Internet]. 2013 [citado 2016 abr 11];15(1):130-7. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a15.pdf
5. Petersen LC, Chinazzo H, Saldanha C, Basso M, Garcia P, Bartholomay E et al. Fatores de risco cardiovasculares e comorbidades em ambulatórios de cardiologia da região metropolitana de Porto Alegre, RS. Rev AMRIGS [periódico na Internet]. 2011Jul-Set [citado 2016 abr 11];55(3):217-23. Disponível em:http://www.amrigs.org.br/revista/55-03/0000045956-Revista_AMRIGS_3_artigo_original_fatores_de_risco_cardiovasculares.pdf
6. Sposito AC, Caramelli B, Fonseca FAH, Bertoloni MC et al. IV Diretriz brasileira sobre dislipidemias e prevenção da aterosclerose: departamento de aterosclerose da sociedade brasileira de cardiologia. Arq Bras Cardiol [periódico na Internet]. 2007 [citado 2016 abr 11];88(Supl 1). Disponível em:<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/20595>
7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília [Internet]. 2012 [citado 2016 abr 11]. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
8. Macedo FMF, Boava DLT, Cappelle MCA, Oliveira MLS. Relações de gênero e subjetividade na mineração: um estudo a partir da fenomenologia social. Rev adm comtemp [periódico na Internet]. 2012 Mar-Abr [citado 2016 abr 11];16(2):217-36. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552012000200004
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.944/GM, de 27 de agosto de 2009, que institui a política nacional de atenção integral à saúde do homem. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2009 [citado 2016 abr 11]. Disponível em:http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html
10. Carvalho J. Pode o exercício físico ser um bom medicamento para o envelhecimento saudável. Acta farmaceut port [periódico na Internet]. 2014 [citado 2016 abr 11];3(2):123-30. Disponível em:<http://www.actafarmaceuticaportuguesa.com/index.php/afp/article/view/52/87>
11. Rodrigues PFV, Bellini MIB. A organização do trabalho e as repercussões na saúde do trabalhador e de sua família. Textos contextos (Porto Alegre) [periódico na Internet]. 2010 [citado 2016 abr 11];9(2):345-357. Disponível em:<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/7458>
12. Kirchner RM, Benetti JK, Silinske J, Stumm EMF, Benetti RK. Análise das características de trabalhadores da construção civil no sul do Brasil, no período de 2002 a 2008. Trab educ [periódico na Internet]. 2011 [citado 2016 abr 11];20(1):47-58. Disponível em:<http://www.portal.fae.ufmg.br/seer/index.php/trabedu/article/viewFile/595/675>
13. Cunha JB, Blank VLG, Boing AF. Tendência temporal de afastamento do trabalho em servidores públicos (1995-2005). Rev bras epidemiol [periódico na Internet]. 2009 [citado 2016 abr 11];12(2):226-36. Disponível em:<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v12n2/12.pdf>
14. Silveira SLM, Câmara SG, Amazarray MR. Preditores da síndrome de Burnout em profissionais da saúde na atenção básica de Porto Alegre/RS. Cad saúde colet [periódico na Internet]. 2014 [citado 2016 abr 11];22(4):386-92. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n4/1414-462X-cadsc-22-04-00386.pdf>
15. Petrola MGS, Menezes CLJ, Romão NABA, Freitas ES. Análise das causas de absenteísmo em uma instituição pública federal, no ano de 2012. Cognitius [periódico na Internet]. 2013 [citado 2016 abr 11];1(1):1-4. Disponível em:<http://revista.unilins.edu.br/index.php/cognitio/article/view/111/107>

16. Costa DKR, Andrade TCS, Miranda CMM, Santos CAS, Peixoto HM. Prevalência de risco cardiovascular entre trabalhadores de uma instituição de ensino superior privada. *Universitas: ciênc saúde* [periódico na Internet]. 2012 [citado 2016 abr 11];10(1):9-14. Disponível em:<http://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/index.php/cienciasaude/article/view/1479>
17. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC et al. V Diretriz brasileira de dislipidemia e prevenção da aterosclerose. *Arq bras cardiol* [periódico na Internet]. 2013 Out [citado 2016 abr 11];101(4):1-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2013004100001
18. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). São Paulo; 2012.
19. Souza CS, Stein AT, Bastos GAN, Pellanda LC. Controle da pressão arterial em hipertensos do programa Hiperdia. *Arq bras cardiol* [periódico na Internet]. 2014 [citado 2016 abr 11];102(6):571-8. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2014/10206/pdf/10206007.pdf>
20. Garrison RJ, Kannel WB, Stokes J, Castelli WP. Incidence and precursors of hypertension in young adults: the Framingham offspring study. *Prev Med* 1987;16(2):235-51.
21. Cavagioni L, Pierin AMG. Risco cardiovascular em profissionais de saúde de serviços de atendimento pré-hospitalar. *Rev esc enferm USP* [periódico na Internet]. 2012 Abr [citado 2016 abr 11];46(2):395-403. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000200018
22. Landim MBP, Victor EG. Framingham score for public transportation drivers in the city of Teresina, Piauí. *Arq bras cardiol* [periódico na Internet]. 2006 Set [citado 2016 abr 11];87(3):280-5. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2006001600014&script=sci_arttext&tlang=en
23. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Taxa de mortalidade específica por doenças do aparelho circulatório. Brasília [Internet]. 2016 [citado 2016 abr 11]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/c08.def>
24. Laurenti AMGR. Mudanças de hábitos e atitudes em sobreviventes de infarto agudo do miocárdio e angioplastia primária. *Saúde (Santa Maria)* [periódico na Internet]. 2014 Jul-Dez [citado 2016 abr 11];40(2):59-66. Disponível em:<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaudede/article/view/13287/pdf>

Aline Loiola Moura

Endereço para correspondência – Av. Robert Koch, n° 60,
Bairro: Vila Operária, CEP: 86038-440, Londrina, PR, Brasil.

E-mail: aline.loiola@yahoo.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3388811147310268>

Maria do Carmo Lourenço Haddad – carmohaddad@gmail.com

José Carlos Dalmas – jcdalmas@gmail.com

Julia Trevisan Martins – jtmartins@uel.br

Paloma de Souza Cavalcante Pissinati – cavalcanteps7@gmail.com

Enviado em 13 de outubro de 2014.

Aceito em 09 de maio de 2016.

Santa Maria, v. 42, n.2, p. 31-40, jul./dez. 2016

SINAIS E SINTOMAS OSTEOMUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

SIGNS AND SYMPTOMS MUSCULOSKELETAL RELATED TO WORK IN NURSING PROFESSIONALS

**Camila Gonçalves Monteiro Anunciação¹, Luciana Aparecida Sales¹, Mileid Correa Andrade¹,
Cristiane Aparecida Silveira², Sônia Maria Alves Paiva²**

RESUMO

Objetivo: identificar e caracterizar a percepção de sinais e sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho da enfermagem em um hospital. Metodologia: estudo descritivo, quantitativo e epidemiológico, realizado com 25 profissionais de enfermagem de uma unidade de internação clínica. Foram entrevistados utilizando um instrumento semiestruturado adaptado, contendo informações sobre percepção de dor dados pessoais e demográficos dos participantes. Resultado: 20 (80%) eram mulheres, 23 (92%) trabalhavam 48 horas semanais (12/36 horas), 10 (40%) tinham idade entre 28-37 anos, 11 (44%) tinham de um a três anos de tempo de serviço, 19 apresentavam sintoma de dor, mas somente oito (32%) procuraram tratamento. Todos realizaram tratamento farmacológico, 6 (24%) realizaram acupuntura, 1 (4%) realizou fisioterapia convencional e 1 (4%) hidroterapia. Conclusão: Os participantes identificam os sinais e sintomas, entretanto não buscam tratamento. Seria recomendado reorganizar os espaços de trabalho, fomentar a implementação de programas de reeducação postural e de programas com enfoques em ergonomia.

Descriptores: Sinais e Sintomas; LER/DORT; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To describe the perception of musculoskeletal signs and symptoms related to nursing work at a hospital. Method: A descriptive, quantitative and epidemiological study conducted with 25 nursing professionals of a clinical inpatient unit. The interviews were conducted using a semi-structured instrument adapted. Results: 20 (80%) were women, 23 (92%) worked 48 hours a week (12/36hours),, 10 (40%) were between 28-37 years old, 11 (44%) ranged from one to three years of service time, 19 had symptoms of pain, but only eight (32%) sought treatment. All of the participants underwent drug treatment, 6 (24%) underwent acupuncture treatment, 1 (4%) engaged conventional therapy of physiotherapy and 1 (4%) underwent a hydrotherapy treatment. Conclusion: The participants identified signs and symptoms, however they did not seek treatment. Would be recommended to organize workspaces, further the implementation of postural rehabilitation programs with ergonomic approach.

Descriptors: Signs and Symptoms; RSI/WMSD; Nursing.

¹ Graduada em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) Brasil, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (EERPUSP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Introdução

A sociedade é marcada por intensas e rápidas transformações, que afetam a vida humana tanto em seus aspectos coletivos quanto individuais. O trabalho pode ser definido como o conjunto de elementos ou circunstâncias que estejam relacionados a material, psíquico, biológico e social. Sendo assim, o processo de trabalho é diferenciado e único para cada ser, o que determina de que forma se desenvolve a atividade laboral¹.

As relações entre o trabalho e o trabalhador são estabelecidas a partir de diferentes formas de organização e gestão, que podem levar ao adoecimento profissional². A gestão do trabalho pode influenciar na ausência do trabalho (absenteísmo), no afastamento por auxílio-doença e no remanejamento de recursos humanos, ocasionando grande problema de pessoal para as organizações e seus gestores. Pode gerar também o aumento nos custos em saúde do trabalhador e ainda afetar a qualidade dos serviços prestados³.

Trabalhadores da área da saúde, como por exemplo, enfermeiros e técnicos de enfermagem, têm alto risco para doenças relacionadas ao trabalho, devido a constante exposição aos riscos ocupacionais, esforço físico, posições inadequadas, movimentos repetitivos e levantamento de peso⁴, especialmente em instituições hospitalares em que a demanda de esforço físico é maior em razão de sua complexidade e estresse físico⁵, gerando danos diversos, especialmente lesões osteomusculares⁶, cuja principal característica é a dor crônica.

As lesões mais comuns em ambientes de trabalho são a Lesão por esforço repetitivo (LER) e os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT). A LER se caracteriza por dor localizada em músculos, tendões, nervos e vasos dos membros superiores e inferiores ocasionando desconforto, parestesia, sensação e diminuição real de força, aumento de massa corporal, fadiga, edema e enrijecimento articular, podendo ser causada por esforços desvinculados ao trabalho⁷. Já os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT) apresentam os mesmos sinais e sintomas da LER, porém possui relação direta com as tarefas desenvolvidas no trabalho, o ambiente físico do qual o trabalhador está inserido e a organização do trabalho⁷. No Brasil, foi adotada formalmente a sigla DORT, seguindo a tendência internacional de enfatizar a relação com o trabalho². Porém, como a sigla LER já era amplamente conhecida, optou-se por mantê-la, consolidando-se assim a junção LER/DORT⁸.

Apesar dos termos derivarem basicamente da medicina, sua causas são multifatoriais: fatores biomecânicos (carga de trabalho, esforço repetitivo, posturas inadequadas e vibrações corporais), psicossocial e organizacional e multidimensional (dimensão individual, grupal e social)⁸ e abrangem um grupo heterogêneo de distúrbios do sistema musculoesquelético incluindo queixas de dor, formigamento, dormência, peso e fadiga, afetando principalmente músculos, tendões, nervos e ligamentos⁷.

A LER/DORT é um grave problema de saúde do trabalhador, atinge distintas classes profissionais e pode gerar diferentes graus de incapacidade funcional⁹. Devido alta prevalência de doenças osteomusculares, o Ministério da Saúde tornou de notificação compulsória os agravos relacionados ao trabalho, entre os quais estão a LER/DORT¹⁰. A notificação é fundamental para o planejamento de ações de prevenção e promoção da saúde com base nos números reais de trabalhadores afetados. Aliada a isso é fundamental a disseminação de conhecimento e criação de uma cultura prevencionista, visando auxiliar os profissionais de saúde na prevenção, tratamento e reabilitação dos LER/DORT¹.

Dentre as profissões da área da saúde, a enfermagem, tem sido especialmente afetada pelo distúrbio musculoesquelético. Pesquisas realizadas em vários países exibem prevalências superiores a 80% de ocorrência de distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem no Japão¹¹, na China¹² e em Portugal¹³. No Brasil, estudos mostram prevalências de até 93% desses distúrbios, contribuindo significativamente para a incapacidade e o afastamento do trabalho¹⁴.

Apesar das altas prevalências das LER/DORT nos ambientes hospitalares, os trabalhadores têm dificuldades em identificá-las seja pela demora do diagnóstico, seja pela neutralização da dor.

Diante do exposto, o objetivo do presente trabalho foi identificar e caracterizar a percepção de sinais e sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho hospitalar da enfermagem.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem quantitativa de caráter descritivo realizada no setor de internação cirúrgica de uma instituição de saúde. A escolha deste setor foi devido aos tipos de cuidados prestados pela enfermagem que predispõem o aparecimento de inúmeras lesões e distúrbios relacionados ao trabalho. Neste setor os enfermeiros dedicam grande parte do tempo às atividades administrativas, mas também realizam atividades assistenciais como banhos, curativos, transferências do paciente das macas para as camas dentre outras. Os técnicos e auxiliares de enfermagem realizam atividades assistências como as citadas anteriormente que demandam esforço físico e carregamento de peso.

O setor era composto por 28 funcionários. Entretanto dois estavam de férias e um recusou-se a participar, resultando em 25 participantes (três exercem na clínica cirúrgica a função de enfermeiro; 19 exercem a função de técnico em enfermagem e três exercem a função de auxiliar de enfermagem).

Para a coleta de dados utilizou-se um instrumento tipo questionário semiestruturado, adaptado¹⁵. O questionário contém questões sobre aspectos sociodemográficos, história ocupacional no emprego atual e vida laboral pregressa e questões sobre dores relacionadas ao trabalho em profissionais de enfermagem como localização, tipos, dentre outros. Não foram avaliadas questões psicológicas como satisfação com o trabalho e/ou motivação.

As entrevistas foram agendadas com os participantes da pesquisa. Esse agendamento foi pré-acordado com a gerência institucional. Antes da entrega dos instrumentos, os participantes foram orientados quanto aos objetivos do trabalho, bem como a importância da pesquisa. Depois de sanadas todas as dúvidas, a pesquisadora entregou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) aos participantes para procederem à leitura, consentimento e assinatura. Em seguida procedeu-se a aplicação dos instrumentos de coleta.

Foram incluídos os técnicos de enfermagem e enfermeiros maiores de 18 anos, que consentiram em participar da pesquisa. Foram excluídos todos aqueles que não consentirem em participar da pesquisa ou que estavam afastados do trabalho (licença-maternidade, licença-saúde, férias, entre outros). A análise dos dados foi realizada a partir da estatística descritiva.

Para a realização deste estudo, respeitou-se as diretrizes da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹⁶. O estudo foi aprovado pela Instituição de Saúde e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (CAAE 0069.0.213.000).

Resultados

Os dados biopsicossociais relativos aos 25 profissionais estudados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos trabalhadores da clínica cirúrgica de um hospital segundo seus dados biopsicossociais (n=25).

Variáveis		TOTAL	
		F	%
Faixa etária	18-27 anos	8	32
	28-37 anos	10	40
	38-47 anos	5	20
	48-57 anos	2	8
	Total	25	100
Sexo	Masculino	5	20
	Feminino	20	80
	Total	25	100

Continua...

Variáveis		TOTAL	
		F	%
Anos de Trabalho	1-3 anos	11	44
	4-6 anos	6	24
	7-9 anos	4	16
	Acima de 10 anos	4	16
	Total	25	100
Carga horária	48 horas (12/36)	23	92
	36 horas	1	4
	48 horas	1	4
	Total	25	100
Possui outro vínculo empregatício	Sim	7	28
	Não	18	72
	Total	25	100

Legenda: f= frequência

Fonte: Dados da pesquisa

Constatou-se a predominância do sexo feminino com 20 (80%) participantes e a idade predominante foi entre 28 e 47 anos onde se encontraram 15 (60%) participantes com idade média de 31 anos ($\pm 5,11$).

Do total, 19 (76%) informaram que já apresentaram um dos sinais/sintomas de LER/DORT, sendo eles o principal dor muscular. Outros sinais e sintomas foram dificuldade para movimentar os membros superiores e/ou inferiores, parestesias, fadiga muscular, alteração da temperatura e da sensibilidade local, redução na amplitude do movimento e/ou inflamação.

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais de enfermagem segundo sintomas, dor e tratamento de LER/DORT e afastamento do trabalho (n=25).

Variáveis		TOTAL	
		F	%
Sintomas de LER/ DORT	Sim	19	76,0
	Não	6	24,0
	Total	25	100,0
Localização dos sinais e sintomas*	Braço	12	63,2
	Punho	8	42,1
	Pescoço	8	42,1
	Ombro	7	36,8
	Lombar	6	31,6
	Outras localizações	7	36,8

Continua...

Variáveis		TOTAL	
		F	%
Tratamento além do farmacológico sob prescrição médica	Acupuntura	6	24,0
	Fisioterapia convencional	1	4,0
	Hidroterapia	1	4,0
	Sem tratamento	11	44,0
	Não se aplica	6	24,0
	Total	25	100,0

Afastamento do trabalho	Sim	4	16,0
	Não	15	60,0
	Não se aplica	6	24,0
	Total	25	100,0

* Considerando-se os 19 sintomáticos

Quanto à localização das dores, 12 (48%) identificaram dor nos braços e 8 (32%) dor no punho.

Dos 19 (76%) profissionais de enfermagem que sentiram sintomas do LER/DORT, oito (32%) buscaram tratamento médico, sendo todos tratamento farmacológico sob prescrição. Além do tratamento farmacológico, seis (24%) participantes realizaram acupuntura para melhoria do quadro álgico. Após o tratamento, quatro profissionais (16%) informaram terem apresentado recidiva da algia, sendo classificada como dor frequente em dois profissionais.

Dos que apresentavam sinais e sintomas, quatro (16%) dos profissionais necessitaram de afastamento (dois foram afastados entre um a sete dias e dois mais de 15 dias), sem recidivas. Considerando que 60% não foram afastados do trabalho, pode-se entender que os sinais e sintomas não foram limitante a ponto de levar o participante a afastamento ou ainda revelar um outro problema sério que é a dificuldade de diagnóstico e tratamento correto.

Das atividades realizadas, 21 profissionais (84%) informaram que são situações provocadoras de dor logo após serem realizadas: banho de aspersão em paciente, retirada de paciente do leito (sem auxílio), sobrecarga de pacientes para cuidado e transporte de paciente em maca (sem auxílio). Entretanto dois relataram que nunca sentiram dores crônicas. Ressalta-se que as informações foram relatadas pelos profissionais de enfermagem, sem observação dos pesquisadores nos locais de trabalho.

Em relação à avaliação do conhecimento sobre LER/DORT, os resultados denotam que sete (28%) profissionais de enfermagem (3 auxiliares e 4 técnicos de enfermagem) referem não possuir conhecimento de como realizar a prevenção da LER/DORT.

Dentre os 25 profissionais de enfermagem, 16 (64%) profissionais dos entrevistados informam que na instituição em que trabalham não recebem orientações sobre como proceder para evitar lesões que provoquem a LER/DORT e nove (36%) informaram receber orientações. Os que informaram receber orientações, cinco relataram que a mesma ocorre mensalmente, sendo principalmente através de informativos institucionais. Essa diferença sobre capacitação pode ser resultado do fato de as mesmas serem ministradas de forma diferente entre os plantões e sem uma regularidade. Funcionários novos na instituição não participaram de treinamentos de anos anteriores.

Discussão

Idade e sexo são quesitos importantes no contexto laboral referente a LER/DORT. Considerando que a enfermagem é uma profissão predominantemente feminina e que vários estudos^{17,18} sugerem o aparecimento de problemas osteomusculares com o avançar da idade e como principal causa de absenteísmo, comprehende-se a gravidade do problema para a enfermagem.

Esta prevalência feminina tem diversas explicações e também consequências para a saúde da mulher, pois além do trabalho remunerado a mulher desempenha seu papel nas tarefas domésticas, cuidado com os filhos e ainda muitas fazem dupla jornada de trabalho, influenciando o processo de adoecimento das trabalhadoras de enfermagem, acrescida do fenômeno da feminilização de algumas doenças como LER/DORT¹⁹.

Este fenômeno se dá a partir do predomínio de profissionais do sexo feminino na enfermagem, onde além das responsabilidades e atividades repetitivas das quais são submetidas, ressalta-se a dupla ou tripla jornada⁷. Há ainda a questão biológica de que algumas doenças osteomusculares, como a síndrome de túnel do carpo, um dos tipos de LER/DORT, uma neuropatia compressiva, é mais comum em mulheres do que em homens²⁰.

Além das questões específicas, as mudanças tecnológicas, a crise financeira e econômica, a escassez de recursos físicos, materiais e humanos que sobrevieram sobre as organizações, incluindo as de saúde, demandam maiores atribuições aos enfermeiros, fazendo com que esta categoria sofra com as inadequadas condições de trabalho, o acúmulo de tarefas e com a insalubridade do ambiente⁴.

Destaca-se que além dos regimes de trabalho diários 31,3% dos entrevistados possuem 30 horas adicionais em outras unidades de saúde, demonstrando que estão sujeitos à sobrecarga profissional¹⁷.

Considerando que entre os principais fatores de risco relacionados aos distúrbios musculoesqueléticos estão: a organização do trabalho (aumento da jornada de trabalho, horas extras excessivas, ritmo acelerado, déficit de trabalhadores); os fatores ambientais (mobiliários inadequados, iluminação insuficiente) e as possíveis sobrecargas de segmentos corporais em determinados movimentos, por exemplo: força excessiva para realizar determinadas tarefas, repetitividade de movimentos e de posturas inadequadas no desenvolvimento das atividades laborais¹⁹. Essa sobrecarga as predispõem a um maior adoecimento e afastamentos dos profissionais de enfermagem por lesões físicas, sejam elas reversíveis ou não, incapacidades permanentes ou parciais²¹.

Os trabalhadores que atuam em hospitais estão vulneráveis a sofrer acidentes de trabalho e doenças do trabalho, gerando gastos¹⁴. Apesar da grande quantidade de trabalhadores acometidos pela DORT é difícil estabelecer estatísticas fidedignas, pois até mesmo os levantamentos oficiais do governo não conseguem retratar a real situação de adoecimento no Brasil²¹, visto o fenômeno da subnotificação.

Verificando-se a faixa etária e o tempo de formado constata-se pouca experiência no trabalho, tratar-se de um grupo relativamente jovem, pois 10 (40%) têm de 27 a 35 anos, e 11 (44%) têm de um a três anos de serviço, tornando-se fundamental realizar a prevenção/redução antes da instalação das doenças²².

Do total, 23 (92%) trabalham em regime de 12 por 36 horas. Este regime é relativamente comum dentro das estruturas organizacionais de trabalho nas instituições hospitalares, permitindo a esses profissionais mais de um vínculo empregatício²³. Dentro deste grupo profissional, as longas jornadas podem ocasionar exaustão, fadiga e até mesmo afetar a assistência aos pacientes, além de interferir na qualidade de vida dos trabalhadores²⁴. Um estudo iraniano demonstrou que sintomas musculoesqueléticos aumentam em enfermeiros que trabalhavam em horário estendido e com postura de trabalho instável e que esses sintomas estão associados direta e indiretamente às condições de trabalho físico e mental, à situação profissional, à idade e ao estilo de vida²⁵.

Esse ritmo acelerado da enfermagem interfere diretamente no processo saúde-doença dos profissionais, desencadeando alterações psíquica/física, podendo ser irritabilidade, ansiedade, tristeza, insônia, frustração, hipertensão, taquicardia e modificação do fluxo menstrual, decorrentes do ritmo de trabalho¹, fato identificado na amostra em que 7 (28%) informaram que exercem suas atividades laborais em até duas outras instituições. É visível que o exercício profissional em mais de uma instituição representa desgaste físico e mental que, cedo ou tarde, pode repercutir em agravos à saúde²⁶.

Em um estudo realizado com profissionais de enfermagem em Salvador constatou-se que, além da dor lombar, teve destaque as dores no ombro, pescoço e parte alta do dorso¹⁹. No presente estudo, os braços aparecem como a localização mais frequente de dor, interferindo na realização de todas as atividades.

Os afastamentos dos trabalhadores de enfermagem muitas vezes são desencadeados pela dor ou desconforto musculoesquelético. Em um estudo constatou-se que 96,3% dos profissionais de enfermagem relataram dor nos últimos 12 meses e 73,1% nos últimos sete dias, o que demonstra íntima ligação da DORT com o afastamento dos trabalhadores²⁷.

As incapacidades parciais ou totais podem ocasionar o absenteísmo dos profissionais de enfermagem, o que torna um fator limitante para a organização hospitalar, problema relacionado a questões estruturais, organizacionais e condições laborais em que esse trabalhador é exposto¹⁴. A licença médica norteia as decisões gerenciais e organizacionais

do hospital. A categoria de técnicos e auxiliares de enfermagem alcançou um total de 84% de licença médica e os dias de afastamento foram de 3 a 15 dias totalizando 1.319 dias anuais (41%)²⁸.

Considerando que a LER/DORT não é simplesmente uma lesão causada por um esforço repetitivo qualquer e que sua complexidade está além dos sintomas físicos, incluindo-se a organização do trabalho, as dificuldades interpessoais bem como os fatores ergonômicos²⁶, o Ministério da Saúde estabelece diretrizes sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, com o intuito de auxiliar os profissionais, para que sinais e sintomas sejam identificados precocemente, evitando incapacidades e dependências pós evento²⁹. No entanto a saúde do trabalhador, em especial da área de enfermagem, apesar de seus avanços significativos ainda há falhas nas estratégias de promoção e prevenção dos DORT entre trabalhadores de enfermagem²⁷.

Para implantar essas estratégias, é preciso um novo olhar para esta questão, incluindo aspectos da condição de vida, trabalho e saúde dos trabalhadores e uma intervenção humanizada, integral e imparcial. Além disso, é fundamental a reorganização do processo de trabalho, da implementação de políticas públicas e visão ampliada do processo saúde doença, objetivando redução dos custos financeiros quanto a afastamentos, indenizações e principalmente o sofrimento dos trabalhadores expostos².

Também é necessário observar as especificidades de cada trabalhador perante o enfrentamento do processo diagnóstico, tratamento e reabilitação, articulando ações individuais e coletivas, institucionais e interinstitucionais, setoriais e transetoriais para que haja uma efetiva reabilitação destes profissionais no seu cotidiano de trabalho¹⁰. Além da prevenção, a reabilitação do profissional de saúde é importante políticas de reintegração dos trabalhadores com incapacidade^{4,28}, visto que a sensação de dependências e a depressão são fenômenos constantes nos trabalhadores com incapacidades².

O papel do enfermeiro em relação a LER/DORT, está diretamente ligado à promoção e prevenção da saúde, seja no planejamento, execução e/ou avaliação da educação em saúde, efetuando ações capazes de criar ambientes ergonomicamente adequados e saudáveis²⁷. O desafio da enfermagem é gerenciar a efetividade das ações, o uso de tecnologias para o desenvolvimento de trabalhos, as pausas durante a jornada, a administração dos conflitos e a melhoria do clima organizacional¹⁴ para que as ações educativas e assistenciais no âmbito da saúde ocupacional tornando efetivas a melhora na qualidade de vida dos trabalhadores³⁰.

Como qualquer pesquisa, o presente estudo apresenta limitações pelo próprio método adotado que não incluiu observação da realização das atividades realizadas pelos profissionais de enfermagem a fim de compreender a dinâmica corporal e a adoção ou não de medidas preventivas. Também não foram avaliadas demandas físicas e psicossociais no trabalho. Recomenda-se outros estudos que abordem a observação dos postos de trabalho, bem como avaliação das demandas físicas e psicossociais no trabalho.

Considerações Finais

No presente estudo, a maioria é do sexo feminino, com idades de 28 a 37 anos, com mais de três anos de formação, trabalham em regime de turno. Além disso, boa parte dos participantes têm outros vínculos empregatícios, conseguem identificar sinais e sintomas das LER/DORT, apesar de não procurarem tratamento médico. A dor foi elencada pela maioria dos sujeitos e relacionada às atividades de grande esforço especialmente as de transferência do paciente.

Os resultados sugerem como medidas preventivas estratégias de estrutura ergonômica, aliada a educação continuada, ginástica laboral, planejamento das atividades, equipamentos que auxiliem a equipe de enfermagem no manuseio com o paciente e reorganização do ambiente de trabalho.

O enfermeiro tem um papel importante na educação e na implantação da ergonomia, conciliando uma melhora e adequação do posto de trabalho e trabalhando junto aos seus colaboradores uma nova cultura de hábitos saudáveis capazes de promover um conhecimento e conscientização de prevenção e promoção da saúde para o desenvolvimento das atividades laborativas.

Referências

1. Mauro MYC, Paz AF da, Mauro CCC, Pinheiro MA de S, Silva VG. Working conditions of the nursing team in the patient wards of a university hospital. *Esc Anna Nery*. junho de 2010;14(2):244–52.
2. Caetano VC, Cruz DT, Silva GA, Leite ICG, Carvalho SM. Health-disease process: a study of social representations of workers with WMSDs. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2012;22(3):1047–62.
3. Junkes MB, Pessoa VF. Financial expense incurred by medical leaves of health professionals in Rondonia public hospitals, Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010;18(3):406–12.
4. Saldanha JHS, Pereira APM, Neves R da F, Lima MAG de. Facilitating factors and barriers for returning to work in workers affected by Repetitive Strain Injury (RSI)/Work-Related Musculoskeletal Disorders (WMSDs). *Rev Bras Saúde Ocupacional*. junho de 2013;38(127):122–38.
5. Munabi IG, Buwembo W, Kitara DL, Ochieng J, Nabirye RC, Mwaka ES. Musculoskeletal disorders among nursing staff: a comparison of five hospitals in Uganda. *Pan Afr Med J [Internet]*. 2014 [citado 10 de setembro de 2014];17. Recuperado de: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/17/81/full/>
6. Ribeiro NF, Fernandes R de CP, Solla DJF, Junior S, Costa A, Junior S, et al. Prevalence of musculoskeletal disorders in nursing professionals. *Rev Bras Epidemiol*. junho de 2012;15(2):429–38.
7. Duarte AF, de Souza APC, Macedo A de F, de Araujo FF, Passos JP, Pereira C de A. Fatores de riscos para distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho-DORT em profissionais de enfermagem. *Rev Pesqui Cuid É Fundam Online*. 2012;53–6.
8. Moraes PWT, Bastos AVB. As LER/DORT e os fatores psicossociais. *Arq Bras Psicol*. junho de 2013;65(1):02–20.
9. Scopel J, Oliveira PAB, Wehrmeister FC. RSI/WRMSD in the third decade after restructuring of banking: new associated factors? *Rev Saúde Pública*. outubro de 2012;46(5):875–85.
10. Brasil. Dor relacionada ao trabalho : lesões por esforços repetitivos (LER) : distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) [Internet]. Editora do Ministério da Saúde; 2012 [citado 17 de setembro de 2014]. Recuperado de: [http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/DORT%20LER%20\(MS.MMaeno%20et%20alii\)%202012.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/DORT%20LER%20(MS.MMaeno%20et%20alii)%202012.pdf)
11. Smith DR. Musculoskeletal complaints and psychosocial risk factors among Chinese hospital nurses. *Occup Med*. 1 de dezembro de 2004;54(8):579–82.
12. Smith DR, Mihashi M, Adachi Y, Koga H, Ishitate T. A detailed analysis of musculoskeletal disorder risk factors among Japanese nurses. *J Safety Res*. 2006;37(2):195–200.
13. Fonseca R, Serranheira F. Sintomatologia músculo-esquelética auto-referida por enfermeiros em meio hospitalar. *Rev Port Saude Publica*. 2006;6:37–44.
14. Lelis CM, Battaus MRB, Freitas FCT de, Rocha FLR, Marziale MHP, Robazzi ML do CC. Work-related musculoskeletal disorders in nursing professionals: an integrative literature review. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(3):477–82.
15. Fernandes R de CP. Distúrbios musculoesqueléticos e trabalho industrial [Tese de Doutorado]. [Salvador]: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2004.
16. Brasil. Resolução CNS no. 466, de 12 de dezembro de 2012-Estabelece as diretrizes e normas brasileiras regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. 2012. Recuperado de: <http://www.rbbioetica.com.br/submissao/index.php/RBB/article/view/79>
17. Beleza F, Maria C, Teles de Oliveira Gouveia M, Robazzi DCC, Lúcia M, Torres D, et al. Riesgos ocupacionales y problemas de salud percibidos por trabajadores de enfermería en una unidad hospitalaria. *Cienc Enferm*. 2013;19(3):63–71.
18. Costa FM, Vieria MA, Sena R de. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola os da equipe de enfermagem de um hospital escola. *Rev Bras Enferm*. 2009;62(1):38–44.
19. Ribeiro NF, Fernandes R de CP, Solla DJF, Junior S, Costa A, Junior S, et al. Prevalence of musculoskeletal disorders in nursing professionals. *Rev Bras Epidemiol*. junho de 2012;15(2):429–38.
20. Carvalho KMD de, Soriano EP, Carvalho MVD de, Mendoza CC de, Vidal HG, Araújo ABVL. Level of evidence and grade of recommendation of articles on the diagnostic accuracy of ultrasonography in carpal tunnel syndrome. *Radiol Bras*. abril de 2011;44(2):85–9.
21. Moreira RFC, Sato TO, Foltran FA, Silva LCCB, Coury HJCG. Prevalence of musculoskeletal symptoms in hospital nurse technicians and licensed practical nurses: associations with demographic factors. *Braz J Phys Ther*. agosto de 2014;18(4):323–33.

22. De D, Wynn E. Preventing muscular contractures through routine stroke patient care. Br J Nurs Mark Allen Publ. 24 de agosto de 2014;23(14):781–6.
23. Vendemiatti M, Siqueira ES, Filardi F, Binotto E, Simioni FJ. Hospital management conflict: the leadership role. Ciênc Amp Saúde Coletiva. junho de 2010;15:1301–14.
24. Silva AA, Rotenberg L, Fischer FM. Nursing work hours: individual needs versus working conditions. Rev Saúde Pública. dezembro de 2011;45(6):1117–26.
25. Dehdashti A. A structural equation modelling method to describe work environment risk factors and musculoskeletal symptoms among hospital nurses. Occup Environ Med. 1 de junho de 2014;71(Suppl_1):A68–A68.
26. Barbosa M do SA, Santos RM dos, Trezza MCSF. Worker's life before and after Repetitive Cumulative Trauma (RCT) and Osteomuscular Work-Related Disease (OWRD). Rev Bras Enferm. outubro de 2007;60(5):491–6.
27. Magnago TSB de S, Lisboa MTL, Griep RH, Kirchhof ALC, Camponogara S, Nonnenmacher C de Q, et al. Nursing workers: work conditions, social-demographic characteristics and skeletal muscle disturbances. Acta Paul Enferm. 2010;23(2):187–93.
28. Estorce TP, Kurcgant P. Sick leave and nursing personnel management. Rev Esc Enferm USP. outubro de 2011;45(5):1199–205.
29. Grabara M, Nawrocka A, Niestrój-Jaworska M, Wołkowska B, Cholewa J. [Physical recreational activity and musculoskeletal disorders in nurses]. Med Pr. 2014;65(2):181–8.
30. Mata M de S, Costa FA da, Souza TO de, Mata ÁN de S, Pontes JF. Pain and functionality in primary health care. Ciênc Amp Saúde Coletiva. janeiro de 2011;16(1):221–30.

Cristiane Aparecida Silveira

Endereço para correspondência – Rua: Pe. Francis Cletus Cox, n° 1661,
Bairro: Jardim Country Club, CEP: 37701355, Poços de Caldas, MG, Brasil.
E-mail: casilve@yahoo.com.br
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8840798305145545>

Camila Gonçalves Monteiro Anunciação – camonteiro01@yahoo.com.br
Luciana Aparecida Sales – jbsales@pocos-net.com.br
Mileid Correa de Andrade – mileidenf@hotmail.com
Sônia Maria Alves de Paiva – paiva@pucpcaldas.br

**Enviado em 10 de dezembro de 2015.
Aceito em 18 de maio de 2016.**

Santa Maria, v. 42, n.2, p. 41-48, jul./dez. 2016

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL SOB A ÓTICA DE GESTANTES E FAMILIARES

PREGNATAL CARE FROM THE PERSPECTIVE OF PREGNANT WOMEN AND FAMILIES

Fabiano Fraga Carpes¹, Lucia Beatriz Ressel², Karine Eliel Stumm³

RESUMO

Objetivo: conhecer as percepções de gestantes e familiares acerca da assistência pré-natal. Metodologia: estudo de campo, descritivo, qualitativo com abordagem cultural. Os participantes da pesquisa foram cinco gestantes que realizavam o pré-natal em consulta de enfermagem e um familiar indicado por elas. Como instrumento de coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada, e também a observação participante, do tipo observador-como-participante. Os dados foram analisados de acordo com a análise temática. Resultados: atividades educativas como grupo de gestante foram ressaltadas como uma forma de aprendizado, compartilhamento de experiências e apreensão de orientações. Considerações finais: a participação da família contribui para a qualidade da assistência, reforçando sentimentos positivos nas gestantes, como segurança e tranquilidade.

Descriptores: Enfermagem; Cuidado Pré-natal; Saúde da Mulher.

¹ Graduando de Enfermagem na Faculdade Cenecista de Osório (FACOS), Osório, RS, Brasil.

² Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil.

³ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

ABSTRACT

Objective: to know the perceptions of pregnant women and family about prenatal care. Methodology: field of study, descriptive, qualitative with cultural approach. The subjects were five pregnant women who perform prenatal care in nursing consultation and family, indicated by them. As data collection instrument was used to semi-structured interview. It was also used participant observation, the type observer-as-participant. Data were analyzed according to thematic analysis. Results: educational activities such as pregnancy group with families were highlighted as a way of learning, sharing experiences and seizure guidelines. Final considerations: Family participation contributes to the quality of care reinforcing positive feelings in pregnant women, such as security and tranquility.

Descriptors: Nursing; Prenatal Care; Women's Health.

Introdução

Até a década de 80 a atenção à saúde das mulheres era centrada apenas no ciclo gravídico, tendo o pré-natal como a assistência mais oferecida ao público feminino no Brasil, compreendendo as mulheres unicamente como um corpo reprodutivo e no papel social de mãe. Com a reivindicação de direitos para uma atenção que fosse além da gestação e do parto, fez-se necessária uma avaliação das políticas de saúde vigentes, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das mulheres em todos os ciclos de vida².

Dessa forma, em 1984 o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com a finalidade de oferecer às mulheres assistência no pré-natal, parto, puerpério, clínica ginecológica, climatério, planejamento familiar, câncer de colo e de mama e DST (Doenças Sexualmente Transmissíveis)³. Além de abordar os problemas da adolescência até a terceira idade, o programa também previa em suas diretrizes uma nova postura da equipe de saúde, que deveria atuar com enfoque na atenção integral e adotar práticas educativas¹. Em 2004 o Programa transformou-se em uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres, com base em diagnósticos da situação de saúde das mulheres no Brasil. Essa política significou grande avanço nos direitos reprodutivos femininos, uma vez que instituiu os princípios de qualidade e humanização da assistência à saúde das mulheres¹. Na esteira da construção desta política pública, no ano de 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, visando reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios de qualificação das consultas e promover vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto.

Entende-se que o cuidado pré-natal deve possibilitar segurança e tranquilidade à gestante, e ser estendido à família que também necessita de suporte emocional e educacional para se estruturar frente às mudanças geradas com a gestação⁴. Destaca-se ainda que, dentre as atividades pertinentes ao enfermeiro no desenvolvimento e acompanhamento do pré-natal estão: fazer consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observadas as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores estaduais, municipais ou por aqueles do Distrito Federal. Essas atividades estão asseguradas na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Decreto nº 94.406/87) e na portaria nº 1.625, de 10 de julho de 2007, do Ministério da Saúde³. Logo, por meio desta legislação, esse profissional está respaldado legalmente para realizar consulta de enfermagem no pré-natal, segundo protocolos pré-estabelecidos³.

É importante compreender que apesar da gestante e o bebê constituírem o foco principal do processo gestacional, é necessário promover o envolvimento e inclusão dos familiares nessa etapa. Tendo a família um destaque para além da gestação, compreendendo sua participação responsável frente às questões diversas, socioculturais e sexuais. Nesta direção, os serviços de saúde precisam estar acessíveis às mudanças sociais para efetivar a promoção e a educação em saúde⁵.

Para uma maior efetivação da inclusão da família no processo gestacional, foi instituída a Lei 11.108, de 07 de abril de 2005, que garante à parturiente, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o direito de ter acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Nesse sentido, percebe-se esforços de tornar concreta a participação da família no período gestacional, entendendo sua importância para a formação de vínculo com o recém-nascido e suas relações posteriores.

A gestação, como um evento social, prevê a necessidade de apoio e suporte emocional do grupo no qual se encontra. Tal grupo pode envolver familiares, companheiro, amigos, vizinhos, e confere à mulher condições de maior tranquilidade e segurança no transcorrer do processo gestacional, além de contribuir para o fortalecimento das relações familiares. Ademais, a cultura da família também implica diretamente no cuidado que a gestante terá com sua saúde e com o bebê, uma vez que os hábitos de vida, valores e crenças são passados de geração a geração, e ainda de acordo com o contexto cultural em que se inserem⁶.

Além disso, a inclusão dos familiares, no processo gestacional, torna-se fundamental nos cuidados que serão desenvolvidos neste período, incentivando a realização das consultas, e possibilitando maior adesão da atenção à saúde na gestação⁴. Este sistema cultural de cuidado que envolve os familiares é chamado de cuidado familiar. A família também é considerada um sistema de saúde para seus membros, uma vez que faz parte deste sistema um conjunto de valores, crenças, práticas e conhecimentos que irão guiar as ações destes familiares na promoção de saúde, e na prevenção e tratamento de doenças⁸.

O cuidado familiar se faz presente nos grupos familiares, concretizado a partir da convivência entre seus membros, e é direcionado a cada membro familiar com o objetivo de promover seu crescimento, desenvolvimento, saúde e bem estar⁷. O cuidado está intrinsecamente ligado à família, pois é nela que se aprende a cuidar e ser cuidado.

A família tem um importante papel no processo saúde/doença de seus membros, sendo este papel desempenhado principalmente nos momentos de tomada de decisão, seja na procura por atendimento médico, quando um membro familiar apresenta algum sintoma ou mal estar, no incentivo de adesão a tratamentos, ou mesmo na avaliação e no acompanhamento da saúde e da doença⁹.

Geralmente, nas famílias, é a mãe quem decide e cuida do filho doente, revelando que a participação familiar no processo de cuidar está ligada a aspectos culturais, no entanto o adulto, quando se encontra adoecido, apesar de tomar suas próprias decisões quanto à adesão de tratamentos, espera que os familiares também contribuam com conselhos e opiniões. Nesse sentido, a família é um sistema cultural de cuidado à saúde, podendo vir a complementar o sistema profissional de saúde⁹.

Nesta direção, constituiu-se como objeto desse estudo, a vivência da família no processo gestacional. Como questão norteadora, formulou-se a seguinte pergunta: Como se dá o relacionamento pré-natal a família de gestantes assistidas em uma Unidade Sanitária, no município de Santa Maria/RS (Rio Grande do Sul)? E como objetivo do artigo conhecer as percepções de gestantes e familiares acerca da assistência pré-natal.

Metodologia

Foi realizado um estudo de campo, descritivo, qualitativo com abordagem cultural. O estudo de campo se caracteriza por focalizar uma comunidade, não necessariamente geográfica, por meio da observação direta e de entrevistas com informantes para captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo¹⁰.

O estudo descritivo busca conhecer as distintas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e nos diferentes aspectos do comportamento humano, tanto isoladamente quanto em grupos e comunidades complexas¹¹.

A abordagem qualitativa é aplicável a este tipo de pesquisa, pois, é congruente ao estudo da história, das relações e opiniões, que são produtos das interpretações a respeito de como humanos vivem, sentem e pensam¹².

Os referenciais teóricos para discussão e análise dos dados foram apoiados principalmente na teoria da Interpretação das Culturas¹³. Este autor é representante de uma linha simbólica, assume a cultura como sendo teias de significados que o próprio homem tece, e a interpretação a busca destes significados pelo homem. Ainda, se refere à descrição densa dos acontecimentos, e que essa permite perceber que os dados destes acontecimentos passam pelo elo da significação, necessitando assim de uma interpretação. A descrição densa caracteriza-se por ser, portanto, interpretativa. Isso significa proporcionar a interpretação do fluxo do discurso social; consiste em armazenar o que é dito em um discurso e fixá-lo em formas pesquisáveis. Além disso, é microscópica, pois o antropólogo se defronta com as grandes realidades, busca retirar delas a sua essência¹³.

Ressalta-se que a interpretação não busca responder às questões profundas, mas sim obter as respostas que os outros dão e colocá-las à disposição de todos. Em suma, a descrição densa permite a interpretação dos significados e promove uma relação entre eles. A interpretação de cada pesquisador expressa sua própria visão de mundo, ou seja, a sua construção cultural, logo, estas interpretações não podem ser consideradas verdades absolutas, mas recortes de cada singularidade social e cultural¹⁴.

O cenário de pesquisa foi à região norte do interior de Santa Maria/RS (Rio Grande do Sul), tendo como local para captação dos participantes o consultório de enfermagem, onde são realizadas as consultas de pré-natal, em uma Unidade Sanitária.

Os participantes da pesquisa foram cinco gestantes que realizaram o pré-natal em consulta de enfermagem e um familiar indicado por elas em consultas anteriores. Logo, o número de 10 sujeitos se justificou pela metodologia deste estudo, e foi observado o momento em que os dados apresentaram saturação. Desenvolveu-se um contato prévio com as gestantes por meio das consultas de pré-natal na Unidade de Saúde, onde foi realizado o convite para a participação na pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: gestantes e familiares indicados por elas para acompanhamento, que realizam pré-natal na Unidade Sanitária; que tivessem realizado no mínimo três consultas pré-natais, a fim de que pudessem já ter alguma vivência com a gestação e o pré-natal; possuir mais de 18 anos; apresentar condições físicas de participação na pesquisa.

Os critérios de exclusão foram familiares que não residiam na zona urbana do município de Santa Maria/RS, se justifica pela área de atuação da UBS (Unidade Básica de Saúde), na qual as gestantes fazem o programa de pré-natal.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se a entrevista semi-estruturada, que permite ao entrevistado discorrer sobre o tema sem respostas prefixadas pelo entrevistador¹². Também foi utilizada a observação participante, do tipo observador-como-participante como estratégia complementar à entrevista. Esta modalidade de observação se dá em

um curto espaço de tempo, na qual o pesquisador tem um contato superficial com pesquisados¹¹. As observações foram registradas em um diário de campo e possibilitaram o registro de percepções e informações, sobre conversas informais, comportamentos e expressões relacionadas ao tema da pesquisa, que não tinham sido registrados na entrevista formal¹².

Como subsídio, foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada, que serviu, tanto para a gestante, quanto para o familiar, apenas com algumas perguntas direcionadas a um ou/ou outro. A entrevista semi-estruturada combina perguntas fechadas e abertas possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema questionado. As entrevistas realizaram-se com a presença de ambos os participantes juntos. Os dados da coleta foram gravados em um aparelho digital e após, transcritos para análise dos pesquisadores conforme análise temática, constituindo-se de quatro etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação¹¹.

A pesquisa foi realizada em 2012, não estando vigente ainda a resolução do CNS (Conselho Nacional de Saúde) nº 466/12. Foram observadas as normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde que regem pesquisas envolvendo seres humanos, assegurando condução ética durante a investigação. Para a participação dos entrevistados, foi fornecido previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo informados individualmente acerca dos objetivos da pesquisa, dos benefícios que essa promoveria e da não obrigatoriedade de sua participação. Número CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 00552812000005346.

O cenário escolhido para as entrevistas foi à residência das gestantes, em data combinada com elas, e a Unidade Sanitária, em espaço apropriado, devido ao fato das gestantes já estarem ali para consulta pré-natal com o membro da família que indicaram para participação.

Resultados e Discussão

As gestantes possuíam idade entre 18 e 39 anos; quanto ao estado civil, três declararam estar casadas, e duas solteiras. Destas solteiras, uma encontrava-se separada do companheiro e a outra namorando. Das cinco gestantes entrevistadas, duas eram primigestas, as outras variaram entre quatro, dois e um filho. No tocante à religião, três referiram ser católicas, uma espírita e uma umbandista, assim como seus familiares entrevistados. A escolaridade variou entre o Ensino Fundamental e o Ensino Médio. Os membros da família, escolhidos pelas gestantes, foram mães, irmã e companheiro. Os depoimentos a seguir referem-se aos dados construídos, junto aos participantes do estudo, ao serem questionados sobre o entendimento acerca do pré-natal e a importância do mesmo. Além disso, o que aprendem nas consultas e atividades educativas, e como a família tem participado deste acompanhamento.

Em relação ao conhecimento dos participantes sobre o que é o pré-natal e sua importância eles relataram:

Pré-natal pra mim é fazer um acompanhamento, conforme vai crescendo a minha barriga ele vai crescendo. [...] as consultas com o médico que eu faço. (G1)

Eu não sei, nunca fiz. Eu engravidava e eu ia ao médico só pra ganhar. Não tive necessidade, estava sempre bem. (F2)

Pra mim é pra ti ver como está o bebê, se ele está bem, para saber mais ou menos como é que a criança está. (G4)

É um acompanhamento, do desenvolvimento fetal até o parto. (F5)

Pra evitar doença, se a gente adoece a criança também. (F1)

Acho importantíssimo. Aquela consulta que a gente tem com o pessoal da enfermagem eu achei maravilhosa, vim de lá deslumbrada. Porque é um negócio que tu ficas sabendo muita coisa que tu não sabes, inclusive da amamentação que elas me explicaram muita coisa, que eu não conseguia amamentar, esse primeiro eu não consegui. E eu senti também que ali é como se fosse uma sala de psicologia, a gente conversa de tudo, então achei muito bom. (G2)

Além do entendimento de pré-natal como uma ação de acompanhamento no crescimento e desenvolvimento fetal, os participantes declararam considerá-lo importante, também, em outros aspectos, como prevenção de complicações e aprendizados diversos.

Inicialmente, observa-se nos depoimentos que o pré-natal configura-se como um acompanhamento, por meio de consultas, citado por eles com o médico ou enfermeira. Este acompanhamento constitui-se, para alguns entrevistados, prioritariamente, na avaliação do bebê até o momento do parto, dissonando de outros objetivos importantes da atenção pré-natal. Para um dos familiares entrevistados, no entanto, não havia necessidade de fazer o pré-natal em seu tempo de gravidez relembrando que nunca havia realizado este acompanhamento em suas gestações. A atenção pré-natal consiste na prevenção, promoção da saúde e tratamento de problemas que ocorrem durante o processo gestacional a partir do parto. É uma assistência dirigida à gestante, família e bebê, a partir do acolhimento e da compreensão dos significados da gestação para cada família¹³. Além disso, a ideia dos entrevistados, de que este cuidado é apenas um acompanhamento para “ver como está à criança”, está fortemente relacionada à década de 70 quando ainda não existia no país a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e assim limitava-se às demandas relativas à gravidez e ao parto. Neste panorama, faz-se necessário orientar gestantes e famílias que a atenção pré-natal vai muito além do simples acompanhamento fetal, enfatizando as atividades educativas, acolhimento, acompanhamento físico e emocional da gestante, entre outros, como demais assistências prestadas⁵.

Ressaltou-se também nos depoimentos, a importância da atenção pré-natal como um cuidado preventivo para evitar complicações durante a gestação, para espaço de aprendizagem sobre cuidados com o bebê e sobre saúde, para acompanhar o desenvolvimento e crescimento fetal, e para promoção do bem-estar materno.

A gestação é um processo que envolve aspectos biológicos, sociais e culturais, pois está permeada de práticas que incluem mitos, crenças e hábitos acerca do cotidiano das pessoas, como sua alimentação, higiene, atividade sexual e cuidados específicos demandados pelas alterações da gravidez¹⁵. Este fato desvela a importância do empoderamento de gestantes e familiares sobre o cuidado de si e do bebê, por meio dos grupos de gestantes e consultas de pré-natal com foco no cuidado cultural.

As entrevistadas que já tiveram filhos anteriormente, enfatizaram o fato de parecer tudo novo e estarem aprendendo muitas coisas que não sabiam com as consultas e com os grupos de gestantes:

Têm coisas que as enfermeiras estão me explicando que eu nem sabia, parece que é tudo novo, parece que é a primeira gravidez. (G3)

Nas minhas duas gestações eu fiz o pré-natal, foi importante porque tem muitas coisas que às vezes tu não sabes e tu aprendes com eles. (F4)

Aprendo no cursinho de gestantes. (G5)

Nas falas das entrevistadas identifica-se a relevância das orientações realizadas pelos enfermeiros e dos grupos de gestantes, os quais possibilitam o aprendizado sobre o desenvolvimento e crescimento fetal, alterações físicas e emocionais durante o período gestacional, e demais mudanças e cuidados a serem realizados neste processo. Enfatiza-se a importância de tais atividades educativas pelo fato de que cada gestação é única, e com ela sempre surgem dúvidas e aprendizados.

A gestante constitui foco principal de aprendizagem juntamente com seus familiares, sendo o grupo de trabalho com as gestantes uma importante atividade educativa de sociabilização de conhecimentos, onde o enfermeiro tem o papel de facilitador¹².

Em relação aos conhecimentos oriundos das orientações durante as consultas de pré-natal e grupo de gestantes, os participantes do estudo ressaltaram vários cuidados ministrados pela enfermeira no acompanhamento do pré-natal:

Ali a gente vai aprendendo como é que vai fazer com a criança quando nascer, como é que cuida, como é que muda, como é que lava. [...] Eu aprendi tudo quando comecei a fazer o pré-natal dos meus filhos. (F1)

A orientação das enfermeiras, pra mim, tem sido muito válida, principalmente na amamentação porque eu não pude amamentar o meu guri. Racharam-me os seios, daí começou a secar dai não pude amamentar. Agora elas me orientaram tudo da amamentação. (G3)

Que não pode pegar muito peso, elas “enfermeiras” falam mais das frutas, que eu tenho que cuidar com a alimentação e os exercícios. Eu fumo, mas agora estou começando a diminuir um pouco, elas começaram a falar que era pra diminuir. (G4)

No estudo é possível perceber que fala de cuidado com as recém-nascidas relacionadas à alimentação da gestante, amamentação, atividade física, tabagismo e mudanças corporais durante a gestação, foram enfatizadas por enfermeiras durante consultas de pré-natal de baixo risco e grupos de gestante.

Ressalta-se o grupo de gestantes como uma estratégia de aprendizado e trocas. Corroborando com o Ministério da Saúde, o intercâmbio de experiências e conhecimentos, facilitado por meio dos grupos de gestantes, é a melhor forma de promover a compreensão do processo gestacional¹². Este espaço de compartilhamento de vivências é essencial para fomentar a participação da família, adequando às orientações, partindo dos seus conhecimentos, valores, e realidades.

Quanto à participação da família no pré-natal, os entrevistados identificaram algumas deficiências no serviço, sendo prejudiciais à qualidade deste, e implicando diretamente na sua participação:

Agora eles deixam a família participar, antigamente eles não deixavam, porque quando eu ia fazer o meu pré-natal não deixavam entrar. [...] Deviam autorizar os acompanhantes que vão junto, pelo menos o marido ou a mãe. (F1)

Na enfermagem não tem esse problema, mas no médico tem. Nas consultas não deixam entrar. O médico deveria deixar mais. (G1)

O médico já deixando uma pessoa ficar junto já está ótimo. Eu acho isso melhor, bem melhor. (G4)

Revela-se nos depoimentos a necessidade e importância percebida pelos participantes do estudo em relação às gestantes ser acompanhadas nas consultas de pré-natal. No entanto, a participação dados familiares ainda é tolhida por alguns profissionais de saúde. Contrapondo-se a isso se pensa que, em uma época onde os estudos, programas e políticas voltados à família, tornam-se ainda mais crescentes e revelam sua importância na vivência da gestação, fica necessário o repensar profissional na atenção à gestante e na inclusão dos seus familiares no processo gestacional.

Igualmente , destaca-se que é preciso respeitar as necessidades dos envolvidos no cuidado pré natal da gestante, incluindo-a nos serviços de atenção pré-natal a fim de fortalecer os vínculos com os profissionais de saúde, e promover o bem-estar dos parentes frente ao processo gestacional¹⁶. O cuidado singular dirigido a cada familiar valorizando seus conhecimentos, bagagem cultural, crenças e valores, incentiva as interações ao longo da trajetória da família e, estimula o bem-estar dos membros da família⁷.

Outro ponto abordado foi o horário das consultas de pré-natal sendo ressaltado pelos participantes como um fator inibidor para a participação da família:

Eu vou sozinha até por causa dos horários que está todo mundo trabalhando. É o horário de serviço da mãe. (G2)

A gente não tem ido com ela por causa do serviço, a gente não tem condições de participar, é questão de falta de tempo. (F2)

Todo mundo trabalha. Se eu precisar realmente, se for alguma coisa de necessidade eles vão, falham o serviço, ou deixam os filhos com alguém e vão. [...] eles fazem coisas com a família, é que às vezes a família mesmo que não pode ir. (G3)

Os entrevistados revelam que a participação da família na atenção pré-natal muitas vezes não ocorre devido ao horário das consultas, que se dá no mesmo turno de trabalho dos membros da família das gestantes. Não havendo possibilidade de escolha pelo horário ou turno do pré-natal a gestante acaba indo sozinha, tanto nas consultas, quanto nas atividades de grupo de gestante.

Enfatiza-se a importância da participação dos familiares na atenção pré-natal e nas atividades educativas, porém, isso gera a necessidade de mudanças específicas nos serviços, que possam atender de forma ampla e satisfatória, as demandas de promoção à saúde da população¹⁵.

Nesta direção, os participantes do estudo expressam em suas falas a necessidade de maior participação da família na atenção pré-natal:

Acho que seria bom a família participar mais da gestação, acompanhar o pré-natal. Até para saber melhor, para saberem mais cuidados, para está todo mundo junto. (G2)

Acho importante a família ir, pra eles participarem, para verem. (G3)

É bom um sempre ir junto. O pai da minha guriázhia ia sempre junto, dá segurança, é bom, ele vê também, está ali a par do crescimento porque eles medem, escutam o coraçãozinho. (F3)

É uma coisa que tu tens que ter alguém que já saiba disso sempre do teu lado. (G4)

A participação dos familiares na atenção pré-natal confere aprendizados que poderão ser levados ao núcleo familiar colaborando com a qualidade do processo gestacional e da construção sociocultural dos sujeitos envolvidos. Além disso, viabiliza sentimentos de segurança, confiança e satisfação. Conforme o relato, o acompanhamento do pré-natal, pelos membros da família, constitui um significado de união, na qual a gestação passa a assumir um papel real na vida familiar e não apenas no que é falado pela gestante.

Neste sentido, pode-se entender a presença dos familiares na atenção pré-natal como elemento constitutivo do cuidado familiar, compreendendo ações, interações e interpretações de solidariedade, que a família demonstra a seus membros⁷. Ademais, a participação dos familiares na atenção pré-natal pode ser compreendida como cuidado familiar que impulsiona o bem-estar dos membros familiares e a promoção de vida, favorecendo o desenvolvimento das potencialidades de cada membro, pela criação de um ambiente físico e simbólico favorável às trocas e ao crescimento grupal⁷.

Assim, desvela-se a importância da inclusão dos familiares na atenção pré-natal, como forma de qualificar esta atenção, considerando cada família como um grupo único e singular, repleto de crenças, valores e significados que deverão ser considerados a cada consulta promovendo o cuidado humanizado.

Considerações Finais

Observou-se neste estudo que as gestantes e seus familiares percebem na assistência pré-natal como um acompanhamento benéfico à mãe e ao bebê, e consideram importante a sua realização para melhor perceber as mudanças que ocorrem durante o processo gestacional.

É preciso compreender as necessidades de cada família de forma singular para que sua inclusão possa ser efetivada na atenção pré-natal. No entanto, a falta de tempo foi o principal motivo relatado para a dificuldade de acesso ao serviço pré-natal. A falta de flexibilidade dos horários das consultas, e da disponibilidade dos membros da família para acompanharem às gestantes devido a seus compromissos profissionais, foram os motivos destacados para o não acompanhamento nas consultas de pré-natal.

Atividades educativas, como o grupo de gestantes foram ressaltadas como uma forma de aprendizado, compartilhamento de experiências e apreensão de orientações. Nestas atividades as famílias também devem ser estimuladas e envolvidas. A participação da família pode contribuir para a qualidade da assistência reforçando sentimentos positivos nas gestantes.

Referências

1. Freitas GL, Vasconcelos CTM, Moura ERF, Pinheiro AKB. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. Rev.EletrônicaEnferm [Internet].2009 abr/jun 11(2):424-8. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a16.htm>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 26, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília; 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2003 a 2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília; 2007.

4. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. RevBrasSaudeMaterInfant [online] 2010;10(3):359-36. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292010000300009&lng=en&nrm=iso
5. Brasil. Ministério da Saúde. Manual técnico do pré-natal e puerpério. Brasília; 2006.
6. Helman CG. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artmed; 2003.
7. Elsen I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon SS, Santos MR. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: UEM; 2002. p.11-24.
8. Elsen I. Concepts of health and illness and related behaviour among Brazilian families living in a fishing village. 1984. 301 f. Thesis (Doctorate in Nursing Science) – University of California, São Francisco, 1984.
9. Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and psychiatry. California: Regents; 1980.
10. Cervo AL, Bervian PA, da Silva R. Metodologia científica. São Paulo: Pearson Pratice Hall; 2007.
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Tensão ao pré-natal de baixo risco. Caderno de atenção básica. Brasília; 2013.
13. Geertz CA interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC, 2008
14. Ressel LB. Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural. São Paulo: USP, 2003. Tese (Doutorado), Universidade de São Paulo, 2003.
15. Baruffi LM. O cuidado cultural à mulher na gestação. Passo Fundo: UPF; 2004
16. Santos AL, Radovanovic CAT, MarconSS. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas. Rev. Rene. 2010; 11 número especial: 61-71
17. Gonçalves ITJP; Souza KV; Amaral MA, Oliveira ARS; Ferreira WFC. Prática do Acolhimento na Assistência Pré-Natal: Limites, Potencialidades e Contribuições da Enfermagem. Rev Rene. 2013; 14(3):620-9.
18. Alves CN, Wihelm LA, Barreto CN, Santos CC, Meincke SMK, Ressel LB; Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação da enfermagem; Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 19(2) Abr-Jun 2015;19(2):265-271.
19. Castro ME, Moura MAV, Silva LMS; Qualidade da Assistência Pré-Natal: Uma perspectiva das Puérpias Egressas; Rev. Rene, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 72-81
20. Duarte SJH, Mamede MV; Ações do Pré-Natal Realizadas pela Equipe de Enfermagem na Atenção Primária á Saúde, CUIABÁ; Ciéncia y Enfermería XIX (1): 117-129, 2013.
21. Lima SS; Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família; AÑO 13 - VOL. 13 Nº 2 - CHÍA, COLOMBIA - AGOSTO 2013

Karine Eliel Stumm

Endereço para correspondência – Rua: Marechal Floriano, nº 4, apto 201

Bairro: Caiu do céu , CEP: 95520-000, Osório, RS, Brasil.

E-mail: kkstumm@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7210778979248931>

Fabiano Fraga Carpes – Fabiano_carpes@hotmail.com

Lucia Beatriz Ressel – Ibressel208@yahoo.com.br

Enviado em 03 de novembro de 2015.

Aceito em 09 de maio de 2016.

Santa Maria, v. 42, n.2, p. 49-58, jul./dez. 2016

CONHECIMENTO SOBRE BIOSSEGURANÇA ENTRE MANICURES: necessidade de educação em saúde

KNOWLEDGE ABOUT BIOSECURITY AMONG MANICURES: need of health education

Andressa Fernanda Silva¹, Cristiane Aparecida Silveira²

RESUMO

Objetivo: Identificar os conhecimentos sobre biossegurança de manicures, caracterizando-as quanto aos seus dados sociodemográficas e laborais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, epidemiológico, realizado em um município de Minas Gerais, através de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva. **Resultado:** Do total, 72 (98,63%) eram mulheres; idade média de 33,81 anos, a maioria tinha renda familiar de até dois salários mínimos; 64 (87,67%) não tinham registro em carteira. Quanto ao conhecimento sobre esterilização, 26 (36,63%) lavavam os materiais antes, 47 (64,38%) utilizavam a estufa, 14 (19,18%) não realizavam nenhum procedimento e somente 46 (63,01%) usavam luvas. Do total, 56 (22,67%) acreditavam que poderiam desenvolver LER/DORT. Ressalta-se que 47 (64,38%) fizeram cursos profissionalizantes e 65 (89,04%) receberam orientações sobre a correta forma de limpeza, desinfecção e esterilização. **Conclusão:** São necessárias políticas públicas enfocando à saúde do trabalhador, além de ações de educação em saúde voltadas a esta categoria.

Descriptores: Saúde do Trabalhador; Enfermagem; Centros de Embelezamento e Estética; Saúde das Mulheres.

ABSTRACT

Objective: To identify the knowledge of manicure biosecurity, characterizing them as to their socio-demographic and labor data. **Methodology:** This is a descriptive, epidemiological study conducted in a city in Minas Gerais, through semi-structured interviews. Data were analyzed using descriptive statistics. **Results:** A total of 72 (98.63%) were women; average age of 33.81 years, most had family income of up to two minimum wages; 64 (87.67%) had no unregistered. Regarding knowledge about sterilization, 26 (36.63%) washed their materials before, 47 (64.38%) used the greenhouse, 14 (19.18%) did not perform any procedure and only 46 (63.01%) used gloves. Of the total, 56 (22.67%) believed they could develop RSI / MSDs. It is noteworthy that 47 (64.38%) were professional and 65 courses (89.04%) received guidance on the correct way of cleaning, disinfection and sterilization. **Conclusion:** focusing on public policies are needed to worker health, and health education actions in this category.

Descriptors: Health Workers; Nursing; Beauty and Esthetics Centers; Women's Health

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

² Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (EERPUSP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Introdução

As condições de saúde e doença estão ligadas às más condições de vida, de trabalho, de alimentação, à baixa qualificação profissional, que levam os indivíduos a perpetuação da pobreza¹. As condições de trabalho desfavoráveis além de exporem os trabalhadores a vários riscos, culminam com o adoecimento e grande ônus aos serviços de saúde².

Tanto nos empregos formais quanto aos informais existem ambientes laborais inapropriados³. Entretanto, a informalidade constitui-se uma dificuldade extra na percepção dos riscos para o trabalhador⁴, isto porque a falta do empregador e da fiscalização faz com que muitas vezes o profissional não tenha proteção adequada e/ou não siga as orientações de prevenção.

Uma das profissões que trabalham na informalidade é a manicure que, como outras tipicamente femininas, são vistas com subalternidade e discriminação. Caracterizadas como trabalhadoras fragilizadas, vivenciando condições laborais deletérias e situação de informalidade e inseguras devido sua situação previdenciária e instabilidade financeira. São trabalhadoras que passam despercebidas perante a sociedade e as políticas de saúde ao trabalhador⁵.

Quanto ao risco ocupacional, as decisões e práticas de submeter-se ao mesmo estão constantemente presentes no seu cotidiano. O risco é entendido como a possibilidade diferenciada de certas exposições e/ou experiências causarem danos à integridade física, tais como doenças, desgaste, sofrimento, perda, morte, entre outros⁶.

As atividades laborais desses profissionais caracterizadas por longas jornadas, posições desconfortáveis, execução de movimentos repetitivos, contato com sangue e possibilidade de contágio de doenças como HIV/AIDS, Hepatite B ou outras. Situação agravada pela falta de percepção dos riscos que suas atividades as expõem e pelo fato de os trabalhadores não associarem o trabalho informal a maior risco de adoecimento ou surgimento de doenças⁷, seja pelo processo de desinfecção e esterilização que utilizam, não serem eficazes ou serem realizados de forma inapropriada ou não convencionais⁸.

Os trabalhadores necessitam de orientações sobre os riscos que suas atividades laborais os expõem. O acesso a informações como o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e a percepção dos riscos, podem resultar em estratégias que amenizem a exposição aos mesmos e até mesmo redução dos números de acidentes de trabalho⁹.

Entretanto essa adesão aos EPI por profissionais do segmento da beleza e estética depende, todavia, do conhecimento dos envolvidos (empregadores, empregados e clientes) acerca da biossegurança¹⁰.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi identificar os conhecimentos sobre biossegurança de manicures, caracterizando-as quanto aos seus dados sociodemográficas e laborais.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, analítico com abordagem quantitativa de caráter epidemiológico, realizado em um município do interior de Minas Gerais com população estimada de 41.368 habitantes.

Os profissionais foram entrevistados nos salões de beleza e em suas casas. Para seleção dos salões, buscaram-se inicialmente aqueles com alvará de funcionamento emitido pela Vigilância. Como essa não tinha um controle atualizado, optou-se por mapear por bairros os salões de beleza encontrados, independentemente do alvará da prefeitura, e as entrevistas foram realizadas no sentido de abranger todos os estabelecimentos. Durante as entrevistas as próprias manicures indicavam outros salões que eram, então, visitados.

Como critério de inclusão utilizou-se: manicure/pedicure quando presente nos salões de beleza, independente de ser proprietário ou empregado, independente de sexo, idade mínima de 18 anos e com experiência profissional mínima de um ano no segmento. Como critério de exclusão definiu-se menor de 18 anos de idade, com menos de seis meses de experiência na profissão. Após, constituíram-se participantes do estudo 73 trabalhadores ($n = 73$).

A coleta de dados ocorreu entre os meses de Junho a Agosto de 2014. Foram entrevistados 73 indivíduos, os trabalhadores responderam ao questionário após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a caracterização da amostra, utilizou-se o Instrumento de Coleta de Dados composto por perguntas abertas e fechadas, abordando informações demográficas (faixa etária, renda familiar e escolaridade) laborais (realização das práticas de esterilização, acidentes de trabalho) e situação de saúde (doenças que acreditam que possam adquirir devido as suas práticas profissionais).

Foram incluídos no presente estudo trabalhadores que exerçam os serviços de embelezamento e higiene e de tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas.

Para a análise dos dados, construiu-se um banco de dados no programa *Excel for Windows 2002*, com dupla alimentação dos dados e foi realizada a análise estatística, utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 17.0.

Utilizou-se estatística descritiva para a caracterização da população estudada, realizada por meio do cálculo das frequências absolutas e percentuais das variáveis sociodemográficas, procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização e das orientações de saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa CAAE (22580913.9.0000.5137 em 07/04/2014) de acordo com as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde¹¹.

Resultados

Foram estudados 73 trabalhadores que atuavam em serviços de embelezamento e de terapias complementares e estéticas. Observou-se predominância feminina 72 (98,63%) dos entrevistados eram mulheres.

Tabela 1 - Distribuição de trabalhadores dos serviços de embelezamento e higiene e de tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas em relação aos dados sociodemográficos.
Minas Gerais, 2014. (n=73)

	Variáveis	Total	
		f	%
Faixa etária	18 a 27 anos	25	30,72
	28 a 37 anos	21	27,45
	38 a 47 anos	20	16,34
	48 a 57 anos	4	20,26
	58 a 67 anos	3	3,27
	Total	73	100
Escolaridade	EF Incompleto	12	16,44
	EF Completo	18	24,66
	EM Incompleto	12	16,44
	EM Completo	18	24,66
	ES Incompleto	9	12,33
	ES Completo	4	5,48
	Total	73	100
Renda familiar	1 a 2 SM	49	67,12
	3 a 4 SM	3	4,11
	5 a 6 SM	21	28,77
	Total	73	100
Situação Previdenciária	Empregado (Celetista)	9	12,33
	Contribuintes individuais (autônomas)	21	28,77
	Não seguradas	43	58,9
	Total	73	100

Legenda: f: frequencia; EF: Ensino Fundamental; EM: Ensino Médio; ES: Ensino Superior
Fonte: Dados da pesquisa

Em relação à faixa etária, 25 (30,72%) tinham de 18 a 27 anos e a idade média foi de 33,81 anos (mediana: 35 e desvio padrão 10,439). Analisando a escolaridade, 30 (41,10 %) não tinham nem o ensino médio e 4 (5,48%) possuíam o ensino superior completo.

A renda familiar dos entrevistados, em sua maioria, correspondia em até dois salários mínimos 49 (67,12%) e de 1 a 7 pessoas viviam com essa renda (média: 2,11; mediana: 2 e desvio padrão de 1,035).

Do total 64 (87,67%) não tinham registro em carteira; dessas 21 (28,77%) eram contribuintes individuais (autônoma) sendo seguradas pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Entretanto, 43 eram trabalhadores informais, ou seja, não contribuem com a Previdência Social e 9 (12,33%) empregadas (celetistas).

Tabela 2 - Distribuição de trabalhadores dos serviços de embelezamento e higiene e de tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas entrevistados em relação aos procedimentos de limpeza, desinfecção e esterilização. Minas Gerais, 2014.(n=73)

	Variáveis	Total	
		f	%
Realiza algum procedimento antes esterilização	Lavagem (mecânica)	26	36,63
	Passar álcool	19	26,03
	Passar água sanitária	2	2,74
	Passar glutaraldeído	1	1,37
	Não realiza nenhum procedimento	24	32,88
	Total	73	100,00
Prática do procedimentos de desinfecção/esterilização	Estufa	47	64,38
	Hipoclorito	8	10,96
	Não realiza nenhum procedimento	14	19,18
	Ambos	4	5,48
	Total	73	100,00
Doenças que você acredita que pode adquirir/ desenvolver com o seu trabalho *	LER/DORT	56	22,67
	Doenças ósseas	42	17,00
	Hepatites	49	19,84
	Micoses	48	19,43
	AIDS	39	15,79
	Tuberculose	8	3,24
	Outras	3	1,21
	Nenhuma	2	0,81
	Total	247	100,00

*Total diferentes do n pois os sujeitos podiam marcar mais de uma alternativa.

Legenda: f: frequência;

Fonte: Dados da pesquisa

Antes da esterilização, 26 (36,63%) preparavam o material a ser esterilizado realizando lavagem (mecânica) e 19(26,03%) passavam álcool nos utensílios.

Quanto à desinfecção/esterilização, 47 (64,38%) utilizavam a estufa, os chamados “forninhos”, porém não souberam informar a temperatura utilizada no procedimento e 14 (19,18%) não realizavam nenhum procedimento de desinfecção ou esterilização nos materiais do salão.

Quando questionados sobre doenças que possam desenvolver pelo trabalho 56 (22,67%) Lesão por Esforço Repetitivo/Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (LER/DORT) e 42 (17%) de forma genérica doenças ósseas. Indagados sobre o uso dos EPI, 46(63,01%) usavam luvas , 19 (26,03%) usavam aventais, 7 (9,59%) de máscaras e 6 (8,22%) óculos.

Ressalta-se que 47(64,38%) afirmaram terem feito cursos profissionalizantes e 44 (60,27%) relataram que nos cursos receberam orientações sobre sua própria saúde e formas de prevenção de doenças relacionados ao trabalho e 65 (89,04%) receberam orientações sobre a correta forma de limpeza, desinfecção e esterilização dos materiais e instrumentos. Entretanto, ao analisar as respostas sobre como são tratados esses processos, percebe-se um grande desconhecimento destes temas e situações de grande risco a saúde destas trabalhadoras e de suas clientes como exposto na Tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição de trabalhadores dos serviços de embelezamento e higiene e de tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas entrevistados em relação a orientações de saúde.

Minas Gerais, 2014 (n=73).

Fonte das orientações	Variáveis	Postura		Doenças no trabalho	
		f	%	f	%
	Profissionais de Saúde	21	28,77	15	20,55
	Professor	15	20,55	27	36,99
	Usuários dos serviços	3	4,11	5	6,85
	Educador físico	2	2,74	-	-
	Tv/ internet	1	1,37	7	9,59
	Outros	4	5,48	10	13,70
	Não receberam orientações	27	36,99	9	12,33
	Total	73	100,00	73	100,00

Em relação às orientações de saúde, 64 (87,67%) relataram ter recebido as orientações sobre doenças no trabalho e 46 (33,58%) sobre postura.

Observou-se que 27 (50,00%) dos trabalhadores receberam as orientações sobre as doenças infectocontagiosas e 15 (21,43%) sobre postura nos curso de capacitação de trabalhadores dos serviços de embelezamento e higiene e de tecnólogos e técnicos em terapias complementares e estéticas com seus professores.

Os profissionais de saúde foram responsáveis pela orientação de 21 (30,00%) manicures sobre postura e 15 (17,46%) sobre doenças do trabalho.

Discussão

O perfil da população estudada mostra diversas características ligadas as fragilidades sociais e laborais: maioria mulher, baixa escolaridade, baixa renda e sem proteção previdenciária/trabalhista (informais).

As mulheres ainda enfrentam situações de desigualdade relacionadas ao gênero nos aspectos sociais e laborais: vivenciam a subalternidade por meio de trabalhos informais, baixas remunerações, sem acesso a educação e informações, pouca participação na tomada de decisões. Situação agravada pelo acúmulo de tarefas e responsabilidades domésticas¹².

Apesar da inserção feminina no mercado de trabalho em países desenvolvidos nos últimos anos ter crescido, as mulheres ainda continuam como as grandes responsáveis pelas tarefas em seus lares. Tais atividades consomem energia e tempo, o que pode estagnar sua ascensão profissional¹³, expô-las a adoecimento pela sobrecarga de trabalho¹², torná-las mais vulneráveis a danos físicos e mentais¹⁴, e à diminuição salarial quando comparada aos homens¹⁵.

Os níveis de escolaridade estão diretamente relacionados com a compreensão de informações relacionadas à saúde, facilitando o relacionamento entre profissional de saúde como agente educador e paciente¹⁶.

A literatura mostra que também a renda pode impactar de forma negativa o estado de saúde, tornando-os mais predispostos a ocorrência de patologias¹⁷, bem como a idade, fator importante a ser considerado, pois predispõe às mulheres à diversas patologias, especialmente quando já se tem mais de cinco anos de atuação profissional¹⁸.

Além destes fatores, as próprias condições de trabalho têm causado o adoecimento e o incremento do número de Acidentes de Trabalho (AT). Pode-se constatar essa realidade pela alta incidência de Lesão por Esforço Repetitivo/ Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho, absenteísmo, acidentes com perfurocortantes, entre outros¹⁹.

Os índices de AT nessa categoria são subestimados devido à alta subnotificação¹⁰. Desconhecendo a epidemiologia dessas moléstias, estabelecer meios de prevenção se torna difícil²⁰.

Os AT são fenômenos complexos e impactantes na sociedade, pelo caráter financeiro e pelos agravos à saúde dos profissionais. A carência de conhecimentos sobre a ocorrência de AT e os procedimentos a serem realizados pós-accidente tornam a temática complexa, dificultando a prevenção dos agravos. Apesar de bem exposto na literatura e na legislação, os procedimentos a serem tomados pós acidente ocupacional por perfurocortantes é desconhecido por esses profissionais são²¹.

Além disso, a realização das práticas corretas de higienização e esterilização aliadas as demais estratégias de biossegurança⁵. A quebra dessas práticas consistem a uma quebra nos processos de biossegurança que pode resultar em contaminação dos usuários dos materiais, além de transmissão de doenças¹⁸.

A educação em saúde pode ser uma estratégia profilática e no enfrentamento ao adoecimento. O processo pedagógico consiste em oferecer conhecimentos sobre saúde à população com o intuito de mudanças de hábitos e adesão às práticas mais saudáveis evitando o adoecimento e a exposição a riscos¹⁶.

Os procedimentos adequados se iniciam com a lavagem dos materiais como alicates, palitos de metal, espátulas, entre outros, com água e sabão líquido. Nesta etapa o profissional deve fazer uso de luvas de borracha e uma escova de cerdas macias. Em seguida, os materiais devem ser enxaguados, secos com papel toalha e armazenados em embalagens adequadas para esterilização em autoclaves ou estufas. Na autoclave é feita por meio de vapor sob pressão, com tempo e temperatura variando conforme fabricantes. Nas estufas de calor seco, os materiais devem permanecer durante uma hora a 170°C ou duas horas a 160°C. A estufa deve possuir um termostato e termômetro externo²².

O EPI mais utilizado foram as luvas, dado este condizente com a literatura, mas não identificado durante o trabalho de campo²¹.

A percepção do trabalhador em relação aos riscos ocupacionais aos quais são expostos, pode influenciar no uso dos EPI e a ocorrência de AT, tornando as condições laborais menos deletérias à sua saúde²³.

Um dos fatores que podem interferir na adoção das medidas de biossegurança, é falta de conhecimento e uma justificativa frequente para a não adesão aos EPI é o incômodo ou desconforto e a alergia durante o uso¹⁸.

A maioria dos cursos profissionalizantes tem seus projetos pedagógicos focados no seguimento estético e embelezamento, não enfatizando a biossegurança e o autocuidado do trabalhador. Esta lacuna pode ser uma das causas do desconhecimento dos riscos que os profissionais e clientes são expostos⁸.

A proposta original da Lei 12.592/2012 que regula as atividades profissionais de manicures, barbeiros e outras atividades dos segmentos de estética e beleza no Brasil, estabelecia a exigência de ter concluído, no mínimo, o ensino fundamental e ter curso técnico ou treinamento profissional ou diploma comprovando a habilidade para atuação específica ou no caso de não serem portadores dos diplomas ou de certificados citados anteriormente, estarem exercendo a profissão há pelo menos 1 (um) ano, contado da data de publicação da Lei. Tais exigências foram vetadas com a justificativa que infringiam o disposto constitucional sobre o livre exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, cabendo a imposição de restrições apenas quando houver a possibilidade de ocorrer algum dano à sociedade²⁴. Entretanto, como exposto, a não capacitação oferece risco não só a saúde dos clientes, mas principalmente à sua própria saúde.

A percepção dos riscos nos profissionais que possuem cursos formais é mais positiva, aliando a uma melhor proteção. Caso houvesse a obrigatoriedade de formação dos profissionais em cursos regulares prevendo uma disciplina sobre biossegurança e as escolas propusessem atividades extracurriculares (palestras, visitas técnicas), haveria maiores chances de capacitação sobre este assunto¹⁸.

Além de uma boa formação técnica é imprescindível a atuação do setor saúde com o trabalho de uma equipe multidisciplinar em saúde é fundamental para prevenção de agravos no ambiente laboral²⁵.

As práticas de educação em saúde são um dos princípios norteadores da assistência em saúde e deve ser foco da vigilância em saúde do trabalhador, sendo medida preventiva dos adoecimentos relacionados ao trabalho. Educação sanitária que trabalhe a prevenção e o controle dos riscos ocupacionais consiste no fortalecimento das políticas de saúde do trabalhador, resultando em maior proteção trabalhista²⁶. A ação educativa eficiente consiste em uma didática acessível, abrangendo temas de interesses à saúde destes trabalhadores, seja através de plaestras, aulas ou cartilhas²⁷.

Seguindo os princípios da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, os profissionais da atenção primária possuem a responsabilidade de desenvolver atividades e assistir os trabalhadores de sua área adjacente. A atenção primária corresponde ao primeiro estagio da estruturação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) no contexto da Rede de Atenção à Saúde. Assim sendo os profissionais da atenção primária devem, caracterizar os trabalhadores de sua cobertura, identificando os fatores nocivos à saúde, que sejam influenciáveis pelas condições laborais²⁸.

Considerações Finais

O estudo identificou o desconhecimento sobre biossegurança entre manicures e similares. Trata-se de uma profissão geralmente informal, desprovida de proteção legal e que trabalha com diversos riscos ocupacionais, sobretudo biológicos e ergonômicos.

Devido a falta de uma disciplina obrigatória de biossegurança em seus cursos de formação/capacitação, muitas se expõem cotidianamente e também aos seus clientes. As lacunas de conhecimento encontradas no estudo pode ser um amplo campo para a atuação dos profissionais de saúde, na promoção e prevenção da saúde visando amenizar os futuros impactos na saúde.

A educação em saúde pode ser uma estratégia aliada às práticas de biossegurança para promover a educação sanitária e a vigilância à saúde do trabalhador. Ações mais enérgicas por parte das equipes interdisciplinares voltadas a vigilância em saúde do trabalhador com o objetivo de concretizar as mesmas.

São necessários investimentos para assistir à saúde de trabalhadores, em especial mulheres, carentes de assistência e a atenção à sua saúde. A busca pela redução da discriminação e desigualdade de gênero corresponde a um desafio global e devemos buscar e estimular condições laborais mais saudáveis a estas mulheres. Maiores inserções no mercado de trabalho, redução da informalidade, melhorar a qualidade de vida no trabalho, assegurar acesso a formação e educação, amenizar as diferenças relacionadas aos rendimentos correspondem aos grandes desafios para a igualdade de gênero e a nossa sociedade.

Referências

1. Grande AJ, Silva V, Manzatto L, Rocha TBX, Martins GC, Junior V, et al. Determinants of quality of life at workplace: cluster-randomized controlled trial. Rev Bras Med Esporte [Internet]. outubro de 2013 [citado 12 de março de 2015];19(5):371–5. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1517-86922013000500015&lng=en&nrm=iso&tlang=pt
2. Lenis Ballesteros V, Arango L, Lucía Y, Urrego C, Milena Y. Health and informal work conditions among recyclers in the rural area of Medellin, Colombia, 2008. Rev Saúde Pública [Internet]. outubro de 2012 [citado 12 de janeiro de 2015];46(5):866–74. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102012000500014&lng=en&nrm=iso&tlang=es
3. Saha A, Sadhu HG. Occupational injury proneness in young workers: a survey in stone quarries. J Occup Health. 2014;55(5):333–9.
4. Iriart JAB, Oliveira RP de, Xavier S da S, Costa AM da S, Araújo GR de, Santana VS. Representations of informal jobs and health risks among housemaids and construction workers. Ciênc Saúde Coletiva. fevereiro de 2008;13(1):165–74.
5. Yoshida CH, Oliveira RA de, Coelho PG, Fonseca FLA, Filipini R, Yoshida CH, et al. Process of instrument sterilization in shops with manicure and pedicure services. Acta Paul Enferm [Internet]. fevereiro de 2014 [citado 26 de abril de 2015];27(1):18–22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-21002014000100018&lng=en&nrm=iso&tlang=en
6. Mendes R. Patologia do trabalho. 3a. Rio de Janeiro: Atheneu; 2013. 2070 p.

7. Cortelli AFD. Procedimentos de biossegurança adotados por profissionais prestadores de serviços de manicure, pedicure, tatuagem, piercing e maquiagem definitiva no município de Jacaré - SP [Internet] [Dissertação]. [São Paulo]: Universidade de São Paulo; 2012 [citado 19 de abril de 2016]. Disponível em:: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-26102012-114155/>
8. Garbaccio JL, Oliveira AC. Biossegurança e risco ocupacional entre os profissionais do segmento de beleza e estética: revisão integrativa. *Rev Eletrônica Enferm.* 2012;14(3):702–11.
9. Gonçalves CG de O, Dias A. Three years of work-related accidents in a metallurgic plant: ways to its understanding. *Ciênc Amp Saúde Coletiva* [Internet]. fevereiro de 2011 [citado 28 de abril de 2015];16(2):635–46. Disponível em:: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232011000200027&lng=en&nrm=iso&tlang=pt
10. Garbaccio JL, Oliveira AC. Accidents with exposure to biological stuff, vaccine coverage and procedures after accidents among manicure/pedicure professionals. *J Nurs UFPE Line JNUOLDOI* 10520501012007. 2013;7(6):4421–4429.
11. Brasil. Resolução CNS no. 466, de 12 de dezembro de 2012-Estabelece as diretrizes e normas brasileiras regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. 2012. Disponível em:: <http://www.rbbioetica.com.br/submissao/index.php/RBB/article/view/79>
12. Organização das Nações Unidas. Igualdade de Gênero e Raça no Trabalho: avanços e desafios [Internet]. Brasília: Organização Internacional do Trabalho; 2010 [citado 19 de abril de 2016] p. 216. Disponível em:: http://www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/topic/gender/pub/igualdade_genero_262.pdf
13. Oliveira ERA de, Garcia ÁL, Gomes MJ, Bittar TO, Pereira AC. Gender and perceived quality of life: research with professors from the health area. *Ciênc Saúde Coletiva*. março de 2012;17(3):741–7.
14. Hanklang S, Kaewboonchoo O, Silpasuwan P, Mungarndee SS. Musculoskeletal disorders among Thai women in construction-related work. *Asia-Pac J Public Health Asia-Pac Acad Consort Public Health.* 2014;26(2):196–202.
15. Cabral JPC, Burginski VM. Desemprego e Informalidade na Argentina: uma análise das diretrizes e recomendações da OIT e da Cepal para geração de trabalho e renda à população juvenil. *Textos Context Porto Alegre.* 5 de dezembro de 2011;10(2):227–43.
16. Slomp Junior H, Feuerwerker LCM, Land MGP. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. *Ciênc Saúde Coletiva*. fevereiro de 2015;20(2):537–46.
17. Borges CM, Campos ACV, Vargas AMD, Ferreira EF e, Borges CM, Campos ACV, et al. Adult tooth loss profile in accordance with social capital and demographic and socioeconomic characteristics. *Ciênc Saúde Coletiva*. junho de 2014;19(6):1849–58.
18. Garbaccio JL. Conhecimento e adesão às medidas de biossegurança entre manicures e pedicures [Internet] [Tese de Doutorado]. [Belo Horizonte]: Universidade Federal de Minas Gerais; 2013 [citado 12 de setembro de 2014]. Disponível em:: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-9GFK5W?show=full>
19. Ansoleaga E, Vezina M, Montano R, Ansoleaga E, Vezina M, Montano R. Depressive symptoms and work-related stress in Chilean workers: differential conditions for males and females. *Cad Saúde Pública* [Internet]. janeiro de 2014 [citado 24 de setembro de 2014];30(1):107–18. Disponível em:: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2014000100107&lng=en&nrm=iso&tlang=es
20. Gusmão GS, Oliveira AC de, Gama CS. Acidente de trabalho com material biológico: análise da ocorrência e do registro. *Cogitare Enferm* [Internet]. setembro de 2013 [citado 19 de outubro de 2014];18(3):558–64. Disponível em:: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-85362013000300021&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt
21. Vilela RA de G, Almeida IM de, Mendes RWB. From surveillance to work-related accident prevention: the contribution of the ergonomics of the activity. *Ciênc Amp Saúde Coletiva* [Internet]. outubro de 2012 [citado 18 de outubro de 2014];17(10):2817–30. Disponível em:: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232012001000029&lng=en&nrm=iso&tlang=pt
22. Brasil D de DA e HV. Hepatites virais longe do salão de beleza | Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais [Internet]. 2011 [citado 8 de dezembro de 2014]. Disponível em:: <http://www.aids.gov.br/pagina/prevenir-salao-beleza>
23. Souza-Borges FRF de, Ribeiro LA, de Oliveira LCM. Occupational exposures to body fluids and behaviors regarding their prevention and post-exposure among medical and nursing students at a brazilian public university. *Rev Inst Med Trop São Paulo.* 2014;56(2):157–63.

24. Brasil. Lei no 12.592, de 18 de janeiro de 2012. Dispõe sobre o exercício das atividades profissionais de Cabeleireiro, Barbeiro, Esteticista, Manicure, Pedicure, Depilador e Maquiador. [Internet]. 12.592 jan 18, 2012. Disponível em:: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12592.htm
25. Heidemann ITSB, Wosny A de M, Boehs AE, Heidemann ITSB, Wosny A de M, Boehs AE. Health promotion in primary care: study based on the Paulo Freire method. Ciênc Amp Saúde Coletiva [Internet]. agosto de 2014 [citado 18 de outubro de 2014];19(8):3553–9. Disponível em:: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232014000803553&lng=en&nrm=iso&tlang=pt
26. Pena PGL, Gomez CM. Health of subsistence fishermen and challenges for Occupational Health Surveillance. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. dezembro de 2014 [citado 26 de abril de 2015];19(12):4689–98. Disponível em:: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001204689&lng=en&nrm=iso&tlang=en
27. Goldschmidt IL. O teatro de Augusto Boal ea educação profissional em saúde. Trab Educ Saúde [Internet]. 2012 [citado 26 de abril de 2015];10(1):61–69. Disponível em:: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462012000100004&script=sci_abstract
28. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. BRASIL [Internet]. 2012 [citado 28 de abril de 2015]. Disponível em:: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html

Cristiane Aparecida Silveira

Endereço para correspondência – Rua: Pe. Francis Cletus Cox, nº 1661,
Bairro: Jardim Country Club, CEP: 37701355, Poços de Caldas, MG, Brasil.
E-mail: casilve@yahoo.com.br
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8840798305145545>

Andressa Fernanda Silva – andressa.fernanda18@hotmail.com

Enviado em 10 de março de 2016.
Aceito em 29 de junho de 2016.

Santa Maria, v. 42, n.2, p. 59-66, jul./dez. 2016

MOTIVOS PARA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

REASONS FOR ADHERENCE TO DRUG TREATMENT OF HYPERTENSION

**Maria de Fátima Mantovani¹, Ângela Taís Mattei², Evelyn Nunes da Rocha³,
Carina Bortolato Major², Elis Martins Ulbrich⁴, Karin Cristina Barboza³**

RESUMO

Objetivo: identificar os aspectos relatados pelas pessoas com hipertensão arterial para aderir ao tratamento medicamentoso. Metodologia: pesquisa descritiva de abordagem quantitativa, realizada em um distrito sanitário do município de Curitiba, Paraná. Os participantes foram 146 adultos hipertensos, com idade entre 18 e 60 anos, considerados aderentes ao tratamento medicamentoso. A coleta de dados foi realizada no domicílio dos participantes, no período de maio de 2013 à fevereiro de 2015, mediante uma entrevista semiestruturada e de um instrumento traduzido e publicado em português o Brief Medication Questionnaire. Os dados foram tabulados em uma planilha do Microsoft Excel® e analisados pelo SPSS versão 20.0. Resultados: alguns motivos para adesão à terapêutica foram a ausência de dificuldades encontradas com a dispensação da medicação e problemas causados pelas medicações anti-hipertensivas, os indivíduos lembrarem de fazer uso das medicações todos os dias e acreditarem que estas funcionam bem. Conclusões: os aspectos relatados pelos participantes que favorecem a adesão ao tratamento foram percebidos mediante a utilização da escala e por meio destes podem-se propor ações para a continuidade desse comportamento.

Descritores: Hipertensão; Saúde do Adulto; Adesão à Medicação.

ABSTRACT

Objective: To identify the aspects reported by people with hypertension to adhere to drug treatment. Methodology: descriptive quantitative approach, performed in a health district of the city of Curitiba, State of Paraná. Participants were 146 hypertensive adults, aged 18 and 60, considered adherent to medication treatment. Data collection was carried out at the homes of participants, from May 2013 to February 2015, through a semi-structured interview and an instrument translated and published in Portuguese the Brief Medication Questionnaire. Data were tabulated in a Microsoft Excel® spreadsheet and analyzed using SPSS version 20.0. Results: some reasons for adherence were no difficulties with the dispensation of medication and problems caused by antihypertensive medications, individuals remember to make use of medications every day and believe that these work well. Conclusions: aspects reported by the participants that favor adherence to treatment were perceived by using the scale and through these actions may be proposed to continue this behavior.

Descriptors: Hypertension; Adult Health; Medication Adherence.

¹ Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil.

² Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil.

³ Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil.

⁴ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil.

Introdução

As doenças cardiovasculares foram a principal causa de morte entre homens e mulheres brasileiras em 2012, representando 26% e 31% respectivamente. Entre essas doenças a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a causa mais frequente de morbimortalidade entre a população adulta e idosa. É uma doença silenciosa e agressiva que depende da colaboração e participação ativa do paciente para realizar o controle e a adesão às medidas terapêuticas propostas pela equipe de saúde, a qual é um aspecto fundamental para que haja redução das consequências acarretadas por ela.¹⁻²

A HAS possui etiologia multifatorial e destacam-se como fatores predisponentes e inerentes ao estilo de vida, o consumo exacerbado de sal e gorduras, obesidade, estresse, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e o uso de anticoncepcionais. O seu tratamento requer o uso contínuo de medicamentos e mudanças no estilo de vida, desta forma a adesão aos cuidados propostos é fator importante para que os níveis pressóricos sejam controlados a fim de evitar ou minimizar o desenvolvimento de complicações³⁻⁴.

A adesão ao tratamento refere-se ao nível de cumprimento das medidas terapêuticas propostas pela equipe de saúde, sejam elas medicamentosas ou recomendações para mudanças no estilo de vida⁵. Essa é descrita como a total interação entre fatores sociais, aqueles relativos ao paciente e à equipe de saúde, além das condições socioeconômicas, sexo, medicamentos prescritos e suas respectivas quantidades e efeitos colaterais⁶⁻⁷.

Quanto aos fatores envolvidos na adesão, são eles de cunho terapêutico e educacional, destacando-se o conhecimento sobre a doença, a percepção dos fatores de risco, desenvolvimento da consciência para a autogestão e a aceitação da doença. As ações dos profissionais de saúde com vistas à melhora da adesão estão relacionadas à valorização do indivíduo de forma singular e de seus conhecimentos prévios, considerando suas crenças e estilo de vida⁴.

Um dos principais problemas enfrentados pela equipe de saúde é a não adesão ao tratamento, por envolver diversos fatores da vida dos indivíduos, como: dificuldades financeiras, número de medicações prescritas, dificuldade ao acesso no sistema público de saúde, efeitos colaterais dos medicamentos, a cronicidade da doença e a ausência de sintomas. Os baixos índices de adesão ainda prevalecem na população com hipertensão, culminando anualmente no óbito de 400 mil indivíduos brasileiros nos últimos anos⁸⁻¹⁰.

Para que a equipe de saúde possa prestar cuidado à pessoa com hipertensão, tendo em vista a melhoria da aderência ao tratamento como forma de minimizar as complicações, é importante que essa conheça os fatores que facilitam a adesão dos pacientes, utilizando-os como foco na orientação e educação em saúde. Destarte, o objetivo desta pesquisa foi identificar os aspectos relatados pelas pessoas com hipertensão arterial para aderir ao tratamento medicamentoso.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza quantitativa, com dados de um projeto maior intitulado “Construção e Validação de instrumento para o cuidado da hipertensão arterial sistêmica e as representações de cuidado de adultos hipertensos”, realizada no período de maio de 2013 à fevereiro de 2015 com 387 pacientes hipertensos de 18 unidades de Saúde de um Distrito Sanitário do município de Curitiba, Paraná. Destes, 146 foram considerados aderentes pela pontuação do questionário de adesão ao tratamento medicamentoso e compõem a amostra deste estudo.

Os critérios para inclusão foram: adultos com 18 a 60 anos, cadastrados e ativos no Programa de Hipertensos e Diabéticos e alcançar a pontuação mínima no Mini Exame do Estado Mental, 13 pontos para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta. Sendo que, baixa e média escolaridade são aqueles que possuem até oito anos incompletos e acima disso considerou-se como alta escolaridade¹¹.

A coleta de dados ocorreu mediante uma entrevista semiestruturada com dados clínicos e sócio demográficos auto relatados e de um instrumento de adesão traduzido e publicado em português o *Brief Medication Questionnaire*¹²⁻¹³. Este foi escolhido pois é de fácil aplicação e permite avaliar a adesão medicamentosa em três domínios: regime, crenças e recordação. Estes domínios foram analisados pelo escore total de pontos atribuídos as respostas, sendo que todas negativas indicavam adesão ao tratamento e uma ou mais respostas positivas, sugeriram provável não adesão.

Os dados foram tabulados no *Microsoft Excel®* e analisados por meio de estatística descritiva, com auxílio de uma profissional de estatística. Os resultados foram apresentados em tabelas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná sob CAAE: 07444512.0.0000.0102, parecer 220.068 e respeita a resolução 466/2012.

Resultados e Discussão

Os resultados do estudo demonstram que 114 (78,0%) pacientes eram do sexo feminino, com idade média de 53 anos, variando de 33 a 60 anos e 46 (31,5%) tinham como profissão atividades do lar, 50 (34,2%), estudaram durante o ensino fundamental de primeira a quarta série e a renda média mensal foi de 934,59 reais. Quanto ao estado conjugal 82 (56,1%) eram casados (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos participantes segundo variáveis sociodemográficas. Curitiba - PR, 2015.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	32	21,9
Feminino	144	78,0
Escolaridade		
1° a 4° série	50	34,2
5° a 8° série	42	28,7
2º grau	41	28,1
Ensino superior	13	8,9
Profissão		
Do lar	46	31,5
Doméstica/diarista	10	6,8
Autônomo	12	8,2
Aposentado	15	10,2
Pensionista	8	5,4
Encostado	8	5,4
Outros	47	31,5
Estado conjugal		
Solteiro	19	13,0
Casado	82	56,1
Divorciado/separado	14	9,5
Viúvo	16	10,9
Amasiado	15	10,2

A avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC), baseados nos valores recomendados pelas Diretrizes brasileiras de obesidade¹⁴ demonstrou que 80 (55,0%) indivíduos eram obesos. Quanto aos antecedentes familiares 136 (93,1%) referiram possuir pelo menos um antecedente com HAS (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis obesidade, antecedentes e doenças familiares, Curitiba-PR, 2015.

Variáveis	n	%
Índice de Massa Corporal		
Baixo peso ($<18,5\text{kg/m}^2$)	1	0,6
Sobrepeso ($\geq 25\text{kg/m}^2$ e $< 30\text{kg/m}^2$)	38	26,1
Obesidade 1 ($30,0\text{ kg/m}^2$ a $34,9\text{ kg/m}^2$)	54	37,0
Obesidade 2 ($35,0\text{ kg/m}^2$ a $39,9\text{ kg/m}^2$)	15	10,3
Obesidade 3 ($\geq 40\text{ kg/m}^2$)	11	7,5
Antecedentes com HAS		
Sim	136	93,1
Não	10	6,9
Principais doenças familiares e complicações da HAS		
Hipertensão arterial sistêmica	122	83,5
Diabetes mellitus	70	47,9
Infarto agudo do miocárdio	43	29,4
Acidente vascular cerebral	22	15,0
Insuficiência renal crônica	1	0,6

Em relação ao tempo de diagnóstico de HAS 50 (34,3 %) possuíam a doença há mais de um ano e menos de cinco e 126 (86,4%) não possuíam complicações (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos participantes segundo as variáveis tempo de diagnóstico e comorbidades. Curitiba- PR, 2015.

Tempo de diagnóstico	n	%
1 a 5 anos	50	34,3
6 a 10 anos	37	25,3
10 a 20 anos	40	27,3
Mais de 20 anos	19	13,1
Complicações		
Infarto agudo do miocárdio	11	7,5
Acidente vascular cerebral	6	4,1
Insuficiência renal crônica	1	0,7
Retinopatia	2	1,3
Sem complicações	126	86,4

Em relação à classificação de risco da Unidade Básica de Saúde, 67 (45,9%) participantes foram classificados no estrato de baixo risco para desenvolverem complicações, 44 (30,1%) como médio risco, 28 (19,1%) no alto risco e 7(4,8%) no muito alto risco.

Ao avaliar o domínio Regime, percebeu-se que mesmo sendo uma amostra de aderentes 5,4% relataram falhas de dias ou doses e 6,9% não lembraram de listar espontaneamente todos os medicamentos prescritos.

No domínio Crenças, 145 (99,3%) acreditam que as medicações trazem benefícios. No domínio Recordação 53 (36,3%) fazem uso de esquemas com poucas dosagens e dois (1,4%) tem facilidade de manusear as embalagens (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos participantes segundo o regime medicamentoso nos domínios regime, crenças e recordação. Curitiba-PR, 2015.

Domínio regime	sim	%	Não	%
Lembraram de listar espontaneamente todos os medicamentos prescritos	136	93,1	10	6,9
Relataram problemas na continuidade da terapêutica devido a atrasos na dispensação da medicação	-	-	146	100
Relataram falhas de dias ou doses	8	5,4	138	94,6
Relataram redução ou omissão de doses de algum medicamento	-	-	146	100
Fez uso de alguma dose extra da medicação a mais que o prescrito	-	-	146	100
Domínio crenças				
Referiram problemas causados pelas medicações anti-hipertensivas	1	0,7	145	99,3
Responderam que alguma medicação não funciona bem ou que "não sabia"	-	-	146	100
Domínio Recordação				
Recebem um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 vezes ou mais/dia)	93	63,7	53	36,3
Relataram alguma dificuldade com os medicamentos (abrir ou fechar a embalagem, ler o que está escrito na embalagem, lembrar de tomar todas as doses do medicamento, conseguir o medicamento, tomar vários medicamentos ao mesmo tempo)	144	98,6	2	1,4

Mediante análise dos dados verificou-se a predominância de indivíduos do sexo feminino e casados, o que corrobora com o resultado de um estudo quantitativo exploratório, realizado em Maringá, Paraná com 150 hipertensos no qual 102 (68 %) eram do sexo feminino e casados¹⁵. A incidência da HAS em pessoas do sexo feminino também foi observada em outros estudos^{1,8,10,15}.

A escolaridade de 50 participantes (34,2%) da amostra foi de primeira a quarta série e a renda média foi de 724,00 reais, dados que se assemelham aos achados de um estudo realizado com 69 indivíduos da Unidade de Clínica Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, cuja escolaridade predominante foi de primeira a quarta série (63,8%) e a renda de 880,00 a 1760,00 reais (37,7%)¹⁶.

Um estudo descritivo que verificou os facilitadores e dificultadores da adesão a terapêutica medicamentosa de 69 pacientes com HAS, percebeu que os participantes que afirmaram receber mais de um salário mínimo possuíam maiores índices de aquisição das medicações anti-hipertensivas e aqueles com renda familiar de até três salários mínimos, obteve maior número de faltas às consultas médicas, quando comparados aos indivíduos com renda familiar mensal superior¹⁶. Estes dados contrariam os resultados desta pesquisa, tendo em vista que mesmo em condições econômicas e de escolaridade baixas, os participantes adquiriam as medicações na unidade de saúde.

Ao avaliar o IMC, 80 (54,8%) indivíduos eram obesos, tal característica vai ao encontro da literatura que afirma que esse é um dos fatores predisponentes para a elevação dos níveis da pressão arterial e responsável por aumentar os riscos para o aparecimento de complicações¹⁰.

O aumento do IMC em 2,4 kg/m² para adultos aumenta a chance de desenvolvimento da HAS, a qual tem relação positiva com a obesidade central². Ao investigarem os principais fatores de risco cardiovascular em Portugal, constataram que 19.856 (51,6%) participantes estava com obesidade ou excesso de peso e observou-se graus de hipertensão mais severos em pessoas obesas mórbidas ($IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$) e que não praticavam exercícios físicos regularmente¹⁷.

O tempo diagnóstico predominante dos entrevistados variou entre um a cinco anos, o que coincide com os resultados de um estudo realizado em 2011 no interior paulista, no qual 48,6% da amostra tinham este tempo de diagnóstico⁸. Porém, se somado à quantidade de pacientes com tempo de diagnóstico acima de seis anos temos aproximadamente 70% da amostra de aderentes, o que contrapõe a literatura que afirma que quanto maior o tempo de diagnóstico maiores são as taxas de abandono da terapêutica².

Nesta pesquisa, 126 (86,3%) participantes não apresentaram complicações cardiovasculares e possuíam baixo risco para desenvolvimento dessas. Visto que se trata de uma amostra de aderentes, tal achado corrobora com a literatura a qual afirma que a adesão ao tratamento está relacionada a redução das complicações da HAS, porém, cerca de 50% dos hipertensos não mantêm-se aderentes ao tratamento²⁻¹⁸.

O domínio de crenças diz respeito à presença ou não de medicamentos que não funcionam bem, ou causam algum problema para o paciente, e ao analisar este domínio percebeu-se que 99,3% dos entrevistados não referiram quaisquer problemas causados pelas medicações anti-hipertensivas, o que é apontado como fator importante para que ocorra a adesão, pois quando esses medicamentos causam efeitos colaterais os indivíduos tendem a não aderir à terapia. As crenças dos indivíduos sobre a eficácia do tratamento e sobre o conhecimento da doença são facilitadoras da adesão, pois motivam a continuidade do esquema de doses prescritas¹⁹.

Alguns motivos relacionados às crenças, recordação e regime percebidos nesta amostra, que podem estar relacionados com a adesão a terapêutica referem-se à ausência de dificuldades encontradas com a dispensação da medicação e problemas causados pelas medicações anti-hipertensivas, além dos pacientes recordarem de fazer uso das medicações todos os dias e acreditarem que estas funcionam bem, fatores esses que podem facilitar a continuidade da terapêutica.

Uma limitação encontrada ao realizar esta pesquisa, e que pode ter influenciado na predominância do sexo feminino, foi o local e horário de coleta de dados, pois esta foi realizada em dias úteis, no período da tarde e no domicílio dos entrevistados, período em que e a maior parte da população masculina trabalha. Tal achado também está relacionado com o resultado predominante para ocupação com atividades do lar o que vai ao encontro da literatura que afirma o fato de que mulheres são na maioria donas de casa ou aposentadas e consequentemente possuem maior disponibilidade de horários²⁰.

Considerações Finais

Por meio desta pesquisa foi possível perceber alguns motivos que facilitam a adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão, como a lembrança do nome dos medicamentos espontaneamente, ingestão correta das doses prescritas, ausência de problemas causados pelas medicações anti-hipertensivas ou de dificuldades para dispensação da medicação pelos serviços de saúde. Outro fator percebido foi a crença dos indivíduos sobre a eficácia do tratamento e os benefícios que a adesão pode acarretar em suas vidas.

Os fatores listados permitem que os profissionais da saúde conheçam os pacientes, os fatores intervenientes para que eles adiram ao tratamento e dessa maneira, podem utilizar essas informações para o planejamento do cuidado e como artifício de educação em saúde individualizada a fim de traçar estratégias eficazes que possam facilitar a adesão à terapêutica.

Agradecimentos

Esta pesquisa recebeu financiamento da Fundação Araucária do Paraná e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) pelo Edital Universal.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão arterial sistêmica. Brasília; 2013.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. São Paulo (SP); 2010.
3. Ferreira FM, Cruz MJB, Santos DF, Linhares MP, Andrade RA. Fatores relacionados à adesão farmacoterapêutica de pacientes hipertensos acolhidos na estratégia de saúde na família. Rev APS [Internet]. 2013 [acesso 2016 jan 10];16(3):258-68. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1782/743>.
4. Santos ZMSA, Marques ACT, Carvalho YP. Fatores relacionados à adesão ao tratamento do usuário hipertenso. Rev bras promoç saúde [internet]. 2013 [acesso 2015 nov 12];26(2):298-306. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40828920019>.
5. Buitrago F. Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! Rev aten prim [internet]. 2011 [acesso 2016 jan 20];46(7):343-4. Disponível em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/-/artigo/adherencia-terapeutica-que-dificil-es-cumplir-90023817>.
6. Araujo MFM, Gonçalves TC, Damasceno MMC, Caetano JA. Adesão de diabéticos ao tratamento medicamentoso. Esc Anna Nery Rev Enferm [internet]. 2010 [acesso 2015 jul 14];14(2):361-7. Disponível em: www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/20.pdf.
7. Cavalari E, Nogueira MS, Fava SMCL, Cesario CB, Martin JFV. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial sistêmica em seguimento ambulatorial. Rev enferm UERJ [internet]. 2012 [acesso 2015 dez 08];20(1):67-72. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a12.pdf>.
8. Alves BA, Calixto AATF. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma unidade básica de saúde do interior paulista. J Health Sci Inst [internet]. 2012 [acesso 2015 dez 09];30(3):255-60. Disponível em: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/03_jul-set/V30_n3_2012_p255a260.pdf.
9. Reiners AAO, Seabra FMF, Azevedo RCS, Sudré MRS, Duarte SJH. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. Rev Ciênc Cuid Saúde [internet]. 2012 [acesso 2015 dez 08];11(3):581-87. Disponível em: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/16511/pdf>.
10. Girotto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Ciênc saúde coletiva [internet]. 2013 [acesso 2016 jan 05];18(6):1763-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600027&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt.
11. Folstein M. Mini-mental and son. Int J Geriatr Psychiatry. England;1998;13:290-94.
12. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson B. The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. Patient Educ Couns [Internet]. 1999 [cited 2015 oct 27];37:113-24. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/>.
13. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. Rev. Saúde Pública [internet]. 2012 [acesso 2015 set 08];46(2):279-89. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3357.pdf>.
14. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes brasileiras de obesidade Itapevi (SP); 2009.
15. Demoner MS, Ramos ERP, Pereira ER. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. Acta paul enferm [internet]. 2012 [acesso 2015 dez 22];25(1):27-34. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe1/pt_05.pdf.
16. Godoy ACQ, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. Einstein [internet]. 2013 [acesso out 2011];11(3):331-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v11n3/a12v11n3.pdf>.

17. Perdigão C, Rocha E, Duarte JS, Santos A, Macedo A. Prevalência, caracterização e distribuição dos principais factores de risco cardiovascular em Portugal. Uma análise do estudo Amália. Rev Port Cardiol. [internet] 2011 [acesso em 2016 fev 10];30(4):393-432. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/5699>.
18. Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Rev eletrônica enferm [internet]. 2006 [acesso 2015 nov 14];8(2):259-72. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7041>.
19. Soares MM, Silva LOL, Dias CA, Rodrigues SM, Machado CJ. Adesão do idoso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: revisão integrativa. Cogitare enferm [internet]. 2012 [acesso 2015 jul 14];17(1):144-50. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/26389/17582>.
20. Alves BHS, Prado MA, Góes NC, Beccaria LM, Cesario CB. Caracterização de usuários hipertensos e adesão ao tratamento em unidade de saúde da família Cogitare enferm [internet]. 2012 [acesso 2015 jul 14];17(1):91-8. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/26380/17573>.

Maria de Fátima Mantovani

Endereço para correspondência - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Bloco Didático II - Campus Botânico: Av. Lothário Meissner, 632 Jardim Botânico, CEP: 80210-170, Curitiba, PR, Brasil

E-mail: mfatimamantovani@ufpr.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8732441427702807>

Ângela Taís Mattei – angela-mattei@hotmail.com

Evelyn Nunes da Rocha – evelyn.rocha24@gmail.com

Carina Bortolato Major – cabortolato@uenp.edu.br

Elis Martins Ulbrich – lila.ulbrich@yahoo.com.br

Karin Cristina Barboza – karin.cristina.barboza@gmail.com

Enviado em 16 de março de 2016.

Aceito em 09 de maio de 2016.

ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA: gestão de serviço

MOBILE EMERGENCY CARE: service management

**Leticia Silveira Cardoso¹, Mariana Xavier Bertoncello², Paulo Sergio Ceretta³,
Valdecir Zavarese da Costa⁴, Laurelize Pereira Rocha⁵, Marta Regina Cezar-Vaz⁶**

RESUMO

Objetivou-se compreender a funcionalidade do processo de trabalho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na perspectiva dos profissionais de enfermagem atuantes em pronto socorro. Investigação realizada pela técnica de entrevista semiestruturada gravada com 16 profissionais e analisada pela abordagem qualitativa temática composta por pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação dos dados. Desta emergiram as categorias: As ações do SAMU; Finalidades do SAMU; Contribuições do SAMU para o trabalho em Pronto Socorro; Contrassensos na centralização dos serviços do SAMU. Os resultados descrevem respectivamente os primeiros socorros; o deslocamento e a agilização do trabalho e; ratificados nos contrassensos como benefícios. Deste conjunto de informações pode-se concluir que a implantação está viabilizada e o funcionamento disponibiliza o suporte avançado à vida. Assim como, a comunicação interprofissional é um aspecto positivo, já a investigação clínica do profissional regulador com o solicitante, não.

Descritores: Socorro de Urgência; Inter-relação; Enfermagem.

ABSTRACT

Aimed to understand the functionality of the work process of the Mobile Emergency Care Service from the perspective of active nurses in the emergency room. Investigation by semistructured interview technique with 16 professional recorded and analyzed by qualitative thematic approach consists of pre-analysis, material exploration, processing and interpretation of data. This emerged categories: The SAMU actions; Purposes of SAMU; Contributionss SAMU to work in Emergency; Misinterpretations in the centralization of SAMU services. The results describe respectively first aid; displacement and speed up the work and; ratified in minsinterpretations as benefits. This set of information can conclude that the implantation operation is made possible and provides advanced life support. As well as the inter-communication is a good thing, since clinical research professional regulator with the requestor, no.

Descriptors: Emergency Relief; Interrelation; Nurse.

¹ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Uruguaiana, RS, Brasil.

² Graduada em Enfermagem pela Universidade da Região da Campanha (URCAMP), Bagé, RS, Brasil.

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

⁴ Doutor em Educação Ambiental pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande, RS, Brasil.

⁵ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Rio Grande, RS, Brasil.

⁶ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

Introdução

O Atendimento Móvel de Urgência constitui-se em um serviço de atenção primária à saúde. Situa-se pré-ambiente hospitalar e as ações dos profissionais de saúde permitem a interação com o ambiente hospitalar¹. A finalidade deste serviço está em propiciar assistência a pessoas em situações de urgência e emergência clínica ou traumática. Tal assistência deve ter início no próprio local em que se encontre o paciente² para que se garantam não somente os direitos sociais dos cidadãos como também a manutenção da vida, direito constitucional³.

Manutenção da vida que representa um dos fundamentos da ciência da enfermagem e que na especificidade deste serviço promove o acesso à informação, a cuidados e a outros níveis de suporte à vida⁴. Acesso de evidente necessidade para a sociedade, reforçado em diferentes políticas públicas de saúde, tais como a de redução de morbimortalidade por causas externas e violência⁵.

Políticas que demonstram a crescente incidência de acidentes e o aumento de vítimas relacionadas à violência urbana que implicam em um trabalho complexo de assistência a estas pessoas⁶. Complexidade que imbricou na gestão centralizada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), via Central de Regulação Médica. Compreendendo-se gestão como o modo estratégico planejado e elaborado para ordenar o processo de trabalho em uma empresa⁷.

Os profissionais de saúde atuantes na Central de Regulação exercem papel fundamental para a organização e qualificação da relação entre os vários serviços de saúde. Favorecem o direcionamento do fluxo de pacientes no sistema de saúde considerando as especificidades e a capacidade de atendimento das unidades de pronto socorro e dos hospitais do município⁸. Ela responde ainda pela maior parte dos encaminhamentos aos serviços de saúde e seu acesso é assegurado à população pelo número 192, de forma gratuita⁹.

Pode se dizer que estruturar e ampliar o serviço de atendimento pré-hospitalar (APH) é um dos focos principais da Política Nacional de Atenção às Urgências. Porém, tal estruturação não tem acontecido de forma igualitária em todos os municípios brasileiros¹⁰. Em muitos lugares ainda não se conseguiu implantar o serviço, motivo pelo qual se considerou relevante compreender a funcionalidade do processo de trabalho do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na perspectiva dos profissionais de enfermagem atuantes em pronto socorro. Acredita-se que este estudo irá proporcionar subsídios para o APH ser implantado em outros municípios do Estado do Rio Grande do Sul e do Brasil.

Revisão de Literatura

O APH surge no Brasil como um serviço que atende pessoas em situações de urgência ou emergência. Esta caracterizada pela imediatez de um cuidado especializado com fins a evitar o óbito ou mesmo complicações clínicas graves. Já aquela se define por uma situação que compromete ou oferece risco à saúde de uma ou mais pessoas¹¹.

Anteriormente a implantação do SAMU, o APH operacionalizava-se pelo trabalho do Corpo de Bombeiros que se deslocava para o atendimento das pessoas. E, já no local realizava os cuidados do suporte básico à vida (SBV). Cuidados representados por procedimentos não invasivos como a imobilização em prancha longa¹³.

Concomitantemente com os avanços tecnológicos a sociedade ao usufruí-los expôs-se a um maior grau de risco, o que tornou a implementação do suporte avançado à vida (SAV), necessidade¹⁴. Necessidade socioambiental que associa as pessoas ao Estado, ou seja, configura-se no cumprimento do direito à vida pelos representantes do Estado por meio do acesso aos serviços de saúde¹⁵. Acesso viabilizado pelo SAMU que está padronizado em todo o território brasileiro para ser acionado pela discagem rápida e gratuita do número 192¹⁶.

Tal implementação não ocorre de modo homogêneo entre os municípios, pois em alguns o serviço ainda inexiste¹⁶. Inexistência que se contrapõe a proposição da Política Nacional de Atenção às Urgências¹. E, paralelamente a estudos que enfatizam o aprimoramento dos profissionais de nível técnico para atuação no SBV¹⁷ e dos de nível superior para o SAV¹⁸.

Aspectos que impulsionaram a presente investigação a respeito do processo de implantação e funcionamento do SAMU em um município da região da campanha, no Estado do Rio Grande do Sul (RS), Brasil (BR).

Metodologia

O objeto deste estudo constitui-se do conhecimento dos profissionais de enfermagem atuantes em um pronto socorro em relação à implantação e funcionamento do APH. Para tanto, ele tem um caráter exploratório-descritivo, analítico que permite observar, apreender e registrar os fenômenos sem interferir em seus desfechos¹⁹.

Desenvolveu-se a investigação com um conjunto de 16 profissionais da equipe de enfermagem, dos quais 05 são enfermeiros e 11, técnicos de enfermagem. Atuantes em um serviço de pronto socorro localizado em município situado na região da campanha – RS – BR no qual vítimas conduzidas pelo SAMU têm acesso direto aos serviços, sem precisar aguardar na recepção.

Contatou-se o responsável pela instituição, solicitou-se permissão para desenvolver as etapas da pesquisa. Após a autorização do mesmo, agendaram-se as entrevistas semiestruturadas gravadas com os referidos profissionais. Foram realizadas durante o turno de trabalho, no primeiro semestre de 2012.

As informações gravadas foram digitalizadas no formato Microsoft Word e organizadas em um sub-banco do projeto de pesquisa: “A sistematização da assistência de enfermagem em serviços pré-hospitalares e o atendimento em situações de emergência”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, parecer nº 11/2011.

Os dados foram analisados por meio da abordagem qualitativa temática¹⁹, que se compõe de três etapas: a pré-análise, a exploração do material e, o tratamento e interpretação dos dados. Na primeira, identificam-se e selecionam-se as fontes de dados para ratificarem-se hipóteses e objetivos. Etapa que se busca a validade das informações pela leitura e releitura exaustiva, representativa, homogênea e pertinente. A exploração representa a codificação de recortes do texto em unidades de registro que podem ser uma palavra, uma frase, ou um tema. Permite agrregar os dados classificados em categorias teóricas e/ou empíricas na delimitação do tema. O tratamento e interpretação dos dados permitiu dispô-los como fontes de informação científica, nas seguintes categorias temáticas: As ações do SAMU; Finalidades do SAMU; Contribuições do SAMU para o trabalho em Pronto Socorro; Contrassensos na centralização dos serviços do SAMU. Elas estão apresentadas, de modo não excludente, com a intenção de descrever a especificidade do trabalho do SAMU para os profissionais de um pronto socorro (Figura 1).

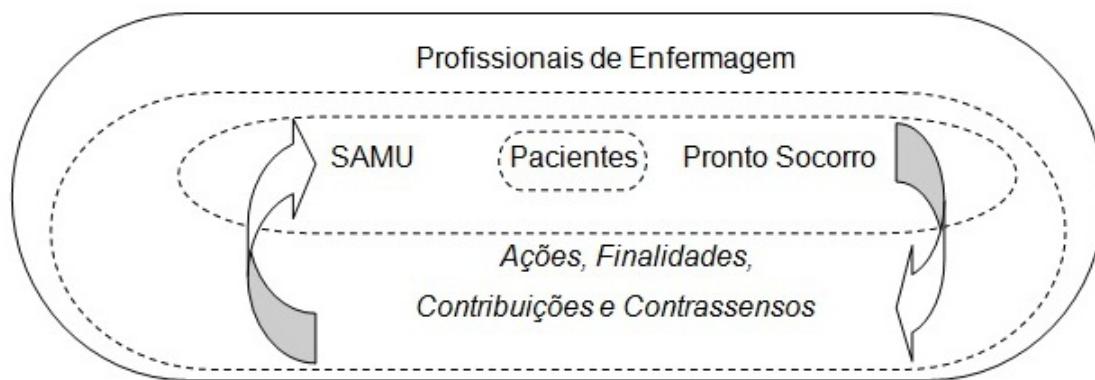


Figura 1 – Categorias analíticas emergentes da percepção de profissionais de enfermagem de um pronto socorro a respeito do SAMU.

Ações, Finalidades, Contribuições e Contrassensos constituem-se nos elementos referidos pelos profissionais de enfermagem do pronto socorro a respeito da percepção do trabalho do SAMU, cujo sentido está indicado pelas setas. A sobreposição dos círculos associada ao tracejado representa a interação das relações do trabalho em saúde, no qual o objeto central é o paciente.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos teve-se a preocupação em assegurar o anonimato dos sujeitos investigados, a ausência de risco a integridade pessoal e profissional dos trabalhadores e das instituições conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96. Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante, esclarecendo-se os objetivos e finalidades da pesquisa, fortalecendo o direito do participante em obter informações a respeito da pesquisa ou mesmo desistir de participar a qualquer momento do processo.

Utiliza-se ainda a seguinte codificação das informações, com fim de garantir o anonimato dos participantes: Ent_1_Ativ_X. A sigla Ent representa a realização da entrevista e o número 1, o participante; Ativ X identifica o tipo de atividade desenvolvida pelo participante. As entrevistas estão identificadas de 1 a 16, e as atividades em X ou Y, respectivamente classificadas como assistencial ou gerencial.

Resultados

A distribuição de frequência dos relatos foi utilizada somente para consubstanciar os dados qualitativos. Desta forma, se explica-os a seguir.

As ações do SAMU

Do conjunto de 16 (100%) profissionais de enfermagem investigados, 11 (68,75%) mencionaram que o SAMU propicia uma assistência em primeiros socorros no local em que se encontra o paciente. Realizando, o primeiro atendimento, utilizando técnicas de imobilização, massagem cardíaca, oxigênio terapia, verificação de glicemia e sinais vitais, orientações a familiares, entre outras ações. Exemplos: “[...] traz até a unidade, já está com os sinais todos verificados, o paciente se sentindo melhor, dependendo do caso do paciente, mas é bem importante o trabalho deles, o primeiro atendimento é o deles (Ent_14_Ativ_X) ”.

A partir da ligação que é feita pedindo o atendimento do SAMU, é o primeiro atendimento, os primeiros socorros, vê se o paciente está convulsionando, tem que saber identificar o que é, no caso de paciente com suspeita de fratura, faz-se a imobilização, acalma-se a família, geralmente todo mundo fica nervoso e conduz ao pronto socorro para maiores atendimentos, para avaliação médica (Ent_9_Ativ_X).

Os primeiros procedimentos que ninguém tem condições de fazer o SAMU presta ali na hora. Então se tiver que trazer uma pessoa com vida até o pronto socorro, eu tenho certeza absoluta que eles são preparados para isso. Fazem HGT, verificam a pressão. Eles já vêm com tudo, oxigenação, pulsação. Eles mantêm o paciente controlado e trazem todas as dicas que vão nos ajudar a dar continuação ao serviço. Acho muito bom o serviço deles, nessa parte acho que o que eles praticam é fundamental (Ent_13_Ativ_X).

Outros 05 (31,25%) relacionam o trabalho do SAMU somente com o deslocamento do paciente até o ambiente hospitalar. Exemplos: “[...] eles trazem o paciente até nós, no caso quando são chamados para algum atendimento (Ent_1_Ativ_Y).” “[...] conduz o paciente até o pronto socorro passando o quadro do paciente para nós, que é passado imediatamente para o médico plantonista, conforme o que é prescrito, tomamos a conduta necessária (Ent_12_Ativ_X).”

A comunicação da urgência para os profissionais do pronto socorro foi referida 02 (12,50%) vezes, bem como o desconhecimento das ações dos profissionais do SAMU. Exemplos: “[...] Como esse atendimento do SAMU nós já sabemos aqui no PS quando é urgência e emergência, já damos prioridade para o atendimento deles (Ent_5_Ativ_X).” “Eles fazem o atendimento pré-hospitalar, quando tem emergência ligam para eles, que vão lá prestam o primeiro atendimento, e encaminham o paciente para o pronto socorro (Ent_8_Ativ_Y).” “[...] Essa parte não sei te dizer (Ent_10_Ativ_X).”

Finalidades do SAMU

Os profissionais do serviço de pronto socorro compreendem que o SAMU tem como finalidade do trabalho deslocar os pacientes, com 04 (25%) referências. Exemplo: “[...] acho que facilita um pouco o trabalho, têm pessoas que não têm condições de se locomoverem até um serviço de Pronto Socorro de urgência, então eles acabam auxiliando também nesse processo (Ent_1_Ativ_Y).”

Outros 04 (25%) ainda indicam que as finalidades do SAMU é agilizar os atendimentos das necessidades dos pacientes e do próprio trabalho da equipe do pronto socorro. Exemplos: “Para agilizar o atendimento (Ent_3_Ativ_X).”

Por que é o primeiro atendimento, fora do Pronto Socorro, então eles já vão nos trazer praticamente mastigadinho, já trazem alguma coisa, vão nos explicar toda a situação, e a partir disso, depois do paciente entrar no nosso serviço é nós que assumimos o paciente (Enf_10_Ativ_X).

O paciente já recebeu no caso, o primeiro atendimento pelo SAMU, tu já sabes se o paciente é diabético, está hipertenso, se está urinando, se não está, já sabe mais ou menos um histórico do paciente, acho que já facilita bastante, até para quem vai atender no pronto socorro (Ent_9_Ativ_X).

A definição do prognóstico clínico do paciente referida por 03 (18, 75%) profissionais investigados contrapõe-se a fragilidade doutros 02 (12,50%) que simplesmente indicam que a finalidade do trabalho é ter outro serviço que atenda urgência e emergência na cidade. Exemplos: “[...] para a população ter um SAMU na cidade [...] (Ent_16_Ativ_X).”

Por que foi visto por vários estudos durante muito tempo, que o primeiro atendimento do paciente no local da cena, muitas vezes é o que dá um prognóstico bom para esse paciente [...]. Então se faz esses procedimentos para que esse paciente tenha uma condição de sobrevida melhor, fora nos acidentes de trânsito toda a imobilização que é feita, todo o procedimento de colocar em maca rígida, de colocar colar isso faz com que esse paciente, se tiver uma lesão mais importante, tenha condições de se recuperar dessas lesões recebendo esse primeiro atendimento (Ent_7_Ativ_Y).

Vão assistir o paciente de forma correta, isso evita que o traga para nós agravado, por que muitas vezes é isto que acontece. É o que acontecia aqui, o pessoal pegava de qualquer jeito e trazia o paciente. Já atendi um pneumotórax de um paciente que caiu, fez uma fratura de costela, e o acompanhante do cara o carregou na moto, trouxe de moto, complicou a situação, ele até veio a morrer (Ent_11_Ativ_Y).

É importante para a vítima que está necessitada no momento, para ter uma sobrevida maior. Desde o momento que ela sofreu aquele acidente, ela sendo atendida por profissionais qualificados terá um tempo de sobrevida maior e aumenta também o tempo para nós trabalharmos aqui no Pronto Socorro (Ent_12_Ativ_X).

Contribuições do SAMU para o trabalho no Pronto Socorro

A percepção dos profissionais do pronto socorro a respeito do trabalho do SAMU decorre predominantemente, em 11 (68,45%) referências, das informações da clínica do paciente obtidas no contato entre os profissionais. Estas informações abarcam a verificação dos sinais vitais, de presença de doenças agudas, crônicas, ou sequelas de processo de adoecimento. Exemplos:

Contribuem bastante, porque eles já trazem uma informação, vão fazer a verificação dos sinais vitais, o HGT, se esse paciente teve uma hiperglicemia ou uma hipoglicemia nós já iremos saber o que aconteceu. O atendimento deles é muito importante, por que ele [paciente] já vem sempre com os primeiros atendimentos, já vem com uma informação (Ent_4_Ativ_X).

[...] facilita bastante, por que quando chega o SAMU o pessoal já diz, o paciente é sequelado de AVC, está com dor, com hemiparesia, refere tal coisa, ou não está falando, teve vômito. Já facilita, tu já tens uma ideia do que aconteceu com aquele paciente. O paciente já recebeu no caso, o primeiro atendimento pelo SAMU, tu já sabes se o paciente é diabético, está hipertenso, se está urinando, se não está, já sabe mais ou menos um histórico do paciente, acho que já facilita bastante, até para quem vai atender no pronto socorro (Ent_9_Ativ_X).

Por que o paciente já vem com meio caminho andado, 30% dos serviços prontos para nós. Eles já vêm trazendo o histórico do paciente, então isso já ajuda o trabalho no pronto socorro. O paciente sofreu tal coisa, está com isso, portanto fica melhor para nós. Não precisamos perder tempo perguntando o que aconteceu, como aconteceu, onde que foi (Ent_15_Ativ_X).

Segue-se pela referência, 10 (62,45%), da condição de estabilidade clínica do paciente pelas ações dos profissionais da APH/SAMU. Estas incluem a realização dos procedimentos, a administração de medicamentos, a facilidade de mobilidade. Exemplos: “*Muito bom, pois eles já trazem o paciente estabilizado (Ent_3_Ativ_X).*” “*Sim, contribui. Pois eles chegam com o paciente estabilizado e com os sinais verificados (Ent_1_Ativ_Y).*” “*O SAMU atende, colhe tudo que é tipo de informações, pode também dar uma medicação, verificar os sinais, sintomas, tudo para nós já sabermos se é urgência ou emergência (Ent_5_Ativ_X).*”

[...] contribui para que o paciente tenha uma melhor condição de sobreviver. Mas o que contribui para nós é que muitas vezes o paciente já chega com uma avaliação, medicado, imobilizado. Torna-se um paciente bem mais fácil para manejarmos por que ele já recebeu um primeiro atendimento. Então é um paciente que já vem manejado. E isso contribui para darmos uma continuidade no atendimento (Ent_7_Ativ_Y).

O tempo para preparação da equipe do pronto socorro para o atendimento dos pacientes foi referida em 01 (6,25%) relato. Exemplo: “*Tem a comunicação que eles têm conosco aqui do pronto socorro e entre eles. Eles sempre vão trazer os pacientes para nós. (...) Contribui muito para o nosso trabalho, para nossa preparação para receber os pacientes (Ent_16_Ativ_X).*”

Contrassensos na centralização dos serviços do SAMU

Os profissionais de enfermagem do pronto socorro quando questionados a respeito da regulação médica do serviço de urgência mencionaram preponderantemente em 12 (75%) citações, a preferência pelo método anteriormente utilizado, no qual os pedidos de socorro eram realizados pelo telefone do pronto socorro. Exemplos: “*Prefiro a solicitação de socorro pelo pronto socorro, a que é feita pelo [município B] perde muito tempo. O povo está com razão de reclamar (...) (Ent_13_Ativ_X).*”

Aqui pelo Pronto Socorro era mais rápido. Até que o médico regulador entenda o que está acontecendo com o paciente, para depois liberar [veículo] perde-se tempo, e antes não, mesmo que eles trouxessem umas bobagens que não eram tão importantes, mas era mais rápido (Ent_14_Ativ_X).

Outros profissionais, 11 (68,75%) citam o lado positivo de cada um dos recursos utilizados para pedir socorro. Bem como, referem que o processo de comunicação de quem está presenciando o agravo à saúde deve ser eficiente na maneira que vão transmitir os sinais e sintomas ao médico regulador. Exemplo:

No meu ponto de vista a regulação, tanto no [município B] como a que era feita por aqui depende muito de quem está na cena, como essa pessoa está passando para quem está regulando. Penso que as duas são competentes para regular, só que o regulador no caso, só pode regular se tiver informações exatas, informações objetivas, que tenha condições de dar continuidade ao serviço. Então para mim é mais importante quem está atuando na cena tenta passar o mais claro possível do que está acontecendo (Ent_11_Ativ_X).

No entanto alguns profissionais, 06 (37,50%) referem que apesar da regulação pelo número 192 ser demorada, ter consciência que o serviço funcionando da outra forma era irregular. Exemplo:

A regulação pelo link 192 é demoradinha, eu já tive experiência de ligar para solicitar o serviço e eles fazem muitas perguntas, porém não tem como existir o SAMU, sem a regulação médica. Então isso é uma dificuldade que estamos passando, por que a população não entende a questão burocrática do negócio, eles querem ser atendidos de qualquer jeito e em um curto espaço de tempo, mesmo que o serviço seja irregular (Ent_6_Ativ_Y).

A percepção de outros 02 (12,50%) profissionais de enfermagem refere-se à regulação médica como sendo essencial nesse serviço de urgência, pois o profissional médico é quem tem capacitação para fazer a triagem do agravo à saúde. Exemplos:

A regulação mais eficiente é a feita pelo [município B] que é realizada pelo médico, aqui não era feita por um médico. Aqui era uma pessoa, inclusive leiga que atendia ao telefone e falava com as pessoas. Mas em relação a tempo, aqui era mais rápido. Tem certas normas que devemos seguir, não adianta eu achar que aqui é melhor, por que tem que ter regulação e quem faz a regulação é médico e infelizmente nós não fazemos, então tem que seguir as leis e as normas do SAMU (Ent_2_Ativ_X).

É complicado, por que aqui não era o médico que fazia. Eu considero a do [município B] boa. Por que é a realidade em tudo que é lugar, não tem como irmos contra. Não implantaram isso do dia para noite, fizeram pesquisas e treinamentos para saber que tem que ser assim. Por que a nossa por aqui sem médico, atendíamos qualquer coisa. O serviço do SAMU não mudou sempre foi igual só que a resposta é mais rápida por aqui. Mas eu acho que o povo tem que aprender a trabalhar com o SAMU, até se adaptarem, aprender a falar direitinho, isso que é demorado (Ent_14_Ativ_X).

As ações do SAMU são descritas claramente pela maioria dos profissionais de enfermagem do pronto socorro. Eles as enumeram como a realização de procedimentos de verificação dos sinais vitais, oferta de oxigênio, imobilização se for trauma e, orientações aos familiares.

Fato que elucida o quanto imprescindível é o reconhecimento pelo profissional de enfermagem dos sinais e sintomas da clínica ou do trauma no paciente²⁰. Já que sua formação acadêmica deve conduzi-lo para a apropriação de conhecimentos que o tornem habilitado para o cuidado profissional e ético²¹. Logo para identificar a evolução prognóstica do quadro clínico do paciente, ou seja, o seu grau de risco para manutenção das funções vitais do organismo humano, o que facilita a tomada de decisões²².

Acresce-se que as ações realizadas pelos profissionais de enfermagem estão correspondendo ao que é proposto para esse âmbito do trabalho em saúde. Uma vez que, o serviço de APH móvel visa à estabilização do paciente no local e se caracteriza por atendê-lo, nos primeiros minutos após o agravo, adequadamente, prestando um rápido e seguro transporte para um estabelecimento de referência².

Referência que se constitui nos serviços hospitalares acessados pelo pronto socorro, unidade que recebe pacientes externos a instituição que necessitam de assistência especializada e imediata²³. Assistência que exige dos profissionais do APH móvel condutas adequadas durante a fase de estabilização hemodinâmica e de imobilização e no decorrer do transporte do local de socorro ao serviço de referência¹. Condutas estas que podem determinar não somente o grau de comprometimento das atividades da vida diária e seu período de duração, como também o desfecho favorável ou não à vida do paciente²⁴.

Dentre tais condutas a comunicação interprofissional representa a qualidade do cuidado para com os envolvidos com este trabalho. Promovendo a compreensão de que os cuidados em saúde representam um continuo de ações de trabalho produzidas por diferentes profissionais. Continuo que fortalece o fazer e se traduz em qualidade da assistência¹⁴ e, na temática em questão pode definir o permanecer vivo ou não do paciente.

O desconhecimento de alguns profissionais sobre as ações do APH móvel, quando referiram que o SAMU tem como finalidade das ações, somente deslocar os pacientes para o pronto socorro revela a lacuna do conhecimento. Contrapondo-se a agilidade do atendimento no local e da equipe do pronto socorro referidos também como finalidades e ratificados nos relatos das contribuições.

Apesar desta discrepância nota-se que as ações propostas pelo SAMU, conforme a Portaria N° 2.048/GM que regulamenta tecnicamente os sistemas de urgência e emergência, são desempenhadas por seus profissionais com eficiência²⁵. O enfermeiro ou o técnico de enfermagem do APH móvel realizam as intervenções necessárias, fazem a estabilização, reavaliam o estado geral e realizam o transporte do paciente para o tratamento definitivo¹⁷. Reduzem-se, assim o número de óbitos, o tempo de internação em hospitais e as sequelas decorrentes da falta de socorro precoce²⁶.

Dante de todas as reduções supracitadas ainda há contribuições referidas pelos profissionais do pronto socorro relativas ao processo de trabalho em seu ambiente institucional. Elas decorrem do acesso a informação clínica, dos procedimentos e ações já desenvolvidas que facilitam a movimentação do paciente e a continuidade dos cuidados na instituição hospitalar.

Continuidade que se constitui em direito constitucional evidenciado pelos princípios impressos ao sistema brasileiro de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam: universalidade do acesso, integralidade da assistência e equidade da atenção²⁷. Princípios que se traduzem neste estudo pelos relatos das ações, finalidades e contribuições do APH móvel/SAMU e pela articulação com APH fixo/pronto socorro. Articulação primordial para a manutenção da vida do paciente e da qualidade dos serviços e, para que se mantenha, requer atualização constante dos conhecimentos a respeito do processo de trabalho e dos protocolos de atendimento²⁸.

Atendimento massivamente compreendido pelas características de gravidade ou comprometimento das funções vitais dos pacientes e pela atuação imediata dos profissionais do SAMU¹³. E, além de constituir-se em um importante elo entre os diferentes níveis de atenção do SUS, agiliza o atendimento aos pacientes em situações de urgência.

Seu atual modo de operacionalização, gestão centralizada, promoveu alterações para solicitação do serviço a qual passou a ser mediada por um profissional da saúde, o médico regulador. Este deve produzir a investigação clínica a partir do contato telefônico com quem solicita o socorro para assim decidir pelo envio ou não de uma equipe e de um veículo especializado²⁵. Mediação que caracterizou a centralização da gestão do SAMU em municípios ditos sedes das microrregiões na conjectura de descentralização dos serviços públicos de assistência à saúde. Descentralização que tenciona para a ampliação da acessibilidade aos diferentes níveis de atenção¹.

Tencionamento que foi identificado neste estudo por meio dos contrassensos na centralização do referido serviço. Evidenciados pela identificação positiva da regularização do serviço e negativa pelo maior tempo entre a solicitação do socorro e o atendimento.

Regularização que qualifica a ação das equipes de APH móvel por comporem-se de profissionais da saúde habilitados para realizar o suporte básico, já produzido pelo corpo de bombeiros anteriormente e, o avançado¹⁰. Este último caracterizado por um cuidado específico à pacientes em situação de emergência em que a morte é uma possibilidade iminente²⁹.

Iminência que exige profissionais em constante aperfeiçoamento, acrescidos por uma permanente gestão de pessoas e materiais³⁰. Primeiramente, para viabilizar o cuidado com a saúde e a segurança de quem cuida, os próprios profissionais, para posteriormente permitir que estes possam desenvolver constantemente a investigação clínica e a tomada de decisão no socorro aos pacientes¹⁴.

Socorro que deve ser acionado pelas pessoas que se encontram em situação de acometimento agudo da saúde, ou melhor, vivenciam uma crise. Logo, para aqueles que necessitam de informações sobre os diferentes tratamentos medicamentosos ou não, devem dirigir-se as unidades de saúde da comunidade. Evitar a sobrecarga operacional do SAMU é dever dos cidadãos, uma vez que, o uso provocado por outras motivações que não o real atendimento a pessoas em situações de urgência ou emergência pode ser interpretado como dano à vida em sociedade¹⁰. Dano que vem de encontro com a referência negativa do maior tempo entre a solicitação de socorro o atendimento no local e o resgate. E que ratifica a necessidade já apontada de articular a rede de serviços de saúde, qualificar seus profissionais para torná-la funcional e resolutiva, bem como difundir esta perspectiva para as pessoas³¹.

Considerações Finais

As ações realizadas pelos profissionais do serviço de APH móvel são referidas com clareza pelos profissionais de enfermagem atuantes em pronto socorro. Evidenciando que o SAMU, recentemente implantado no município, presta seus cuidados no local da ocorrência, realizando procedimentos de enfermagem, bem como, administrando medicações conforme orientação do médico regulador. Dessa forma comprehende-se que o funcionamento do serviço pesquisado, na forma de gestão centralizada, está de acordo com as portarias que regulamentam o APH móvel.

Abordando as finalidades do SAMU comprehende-se que este serviço denota o aumento da probabilidade de sobrevida para a pessoa vitimada. Esta antes de ser removida recebe cuidados primários que permitem tal probabilidade pelo alcance da maior estabilidade hemodinâmica possível. Fato que facilita a continuidade de cuidados no ambiente hospitalar, promovendo a resolutividade da atenção em saúde e a redução das tensões emocionais de profissionais que lidam com situações limítrofes à vida.

Considerando os elementos listados como contribuições do SAMU para o trabalho do Pronto Socorro destacam-se a comunicação entre profissionais a respeito das ações desenvolvidas e as características clínicas da pessoa vitimada ambas como facilitadores e agilizadores do processo de trabalho.

Os contrassensos indicam que a implantação do SAMU de modo centralizado está em andamento e os profissionais identificam a legalidade do trabalho como algo benéfico. E ao mesmo tempo salientam os aspectos a serem melhores implementados tais como: o tempo para a tomada de decisão para o deslocamento de um veículo, a linguagem investigativa do profissional regulador para com a pessoa leiga que solicita o socorro.

Os maiores subsídios deste estudo estão nas sugestões dos próprios profissionais de enfermagem do pronto socorro que referem alternativas à centralização do serviço. Propondo a disponibilidade de múltiplos contatos telefônicos de emergência para que a população utilize no pedido de socorro. Do mesmo modo, o redirecionamento do chamado para a base do SAMU e o imediato deslocamento dos profissionais do resgate para o local da ocorrência. Assim, estes entrariam em contato com o médico regulador para comunicação efetiva e atuação no local.

Pode-se inferir como limite deste estudo a participação somente dos profissionais atuantes no serviço de pronto socorro, especialmente para apreensão dos contrassensos. Contudo, os elementos elencados permitem a replicação deste estudo para outras equipes de ambos os serviços. Além de demonstrarem que os profissionais do pronto socorro (re)conhecem os benefícios e indicam possibilidades para qualificação do APH.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 16000, de 7 de julho de 2011. Diário Oficial da União 2011; 7 jul.
2. Torres SFS, Belisário AS, Melo EM. A rede de urgência e emergência da macrorregião norte de Minas Gerais: um estudo de caso. *Saúde Soc.* 2015 Jan/Mar [cited 2016 Jul 09]; 24(1): 361-73. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0361.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100028>
3. Silva SF, Ilha S, Diefenbach GD, Pereira JC. Dificuldades vivenciadas em um serviço de atendimento móvel de urgência: percepções da equipe de enfermagem. *Rev. Enferm. Cent-Oeste Min* 2014 Maio/Ago [cited 2016 Jul 09]; 4(2): 1161-72. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/541/751> doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v0i0.541>
4. Anjos MS, Oliveira SS, Santa Rosa DO. Perspectivas de enfermeiras no cuidado em atendimento pré-hospitalar móvel. *Rev.baiana enferm.* 2016 Jan/Mar [cited 2016 Jul 06]; 30(1): 375-81 Available from: http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/14442/pdf_36 doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v1i1.14442>
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria MS/GM nº 2648, de 7 de novembro de 2011. Diário Oficial da União 2011; 8 nov.
6. Gonsaga RAT, Rimoli CF, Pires EA, Zogheib FS, Fujino MVT, Cunha MB. Evaluation of the mortality due to external causes. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2012 July/Aug [cited 2016 Jul 09]; 39(4): 263-267. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v39n4/en_04.pdf doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-69912012000400004>
7. Rocha FLR, Marziale MHP, Carvalho MC, Cardeal ISF, Campos MCT. A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. *Rev. esc. enferm. USP [Internet].* 2014 Abr [cited 2016 Jul 08]; 48(2):308-314. http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-308.pdf doi: 10.1590/S0080-623420140000200016
8. Luchtemberg MN, Pires DEP, Schoeller SD, Possamai FP. Análise de chamadas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de uma capital brasileira. *Rev. RENE.* 2014 Out/Dez [cited 2016 Jul 09]; 15(6):925-32. Available from: file:///C:/Users/Leticia/Downloads/1758-14411-1-PB.pdf doi: 10.15253/2175-6783.2014000600004
9. O'Dwyer G, Machado CV, Alves RP, Salvador FG. Mobile prehospital emergency care: an analysis of implementation in the State of Rio de Janeiro, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2016 Jul [cited 2016 Jul 07]; 21(7): 2189-2200. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v21n7/1413-8123-csc-21-07-2189.pdf> doi: 10.1590/1413-81232015217.15902014
10. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: uma análise da política nacional. *Rev Saude Publica* 2011 Jun [cited 2016 Jul 09]; 45(3):519-528. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/en_2335.pdf doi:10.1590/S0034-89102011005000022
11. Costa IKF, Liberato SMD, Costa IKF, Melo MDM, Simpson CA, Farias GM. Riscos ocupacionais em um serviço de atendimento móvel de urgência. *Rev. pesqui. Cuid. Fundam. (Online).* 2014 Jul/Set [cited 2016 Jul 06]; 6(3): 938-47. Available from: file:///C:/Users/Leticia/Downloads/3250-20095-1-PB.pdf doi: 10.9789/2175-5361
12. Wang HE, Mann NC, Jacobson KE, Mears G, Smyrski K, Yealy DM. National characteristics of emergency medical services responses in the United States. *Prehosp Emerg Care.* 2013 Jan/Mar [cited 2016 Jul 06]; 17(1):8-14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23072355> doi: 10.3109/10903127.2012.722178

13. Cardoso LS, Braga MG, Cezar-Vaz MR, Almeida MCV, Vaz CHJ, Oliveira SHS. Cardiopulmonary Resuscitation: nursing work in rescue services. *J. Nurs UFPE on line*. 2013 Jan [cited 2014 Ago 20];7(1):221-6. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3270/pdf_1897 doi: 10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.070120130
14. Vaz S, Ramos P, Santana P. Distance effects on the accessibility to emergency departments in Portugal. *Saúde Soc.* 2014 Oct/Dec [cited 2016 Jul 07]. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n4/0104-1290-sausoc-23-4-1154.pdf> doi: 10.1590/S0104-12902014000400003
15. Brasil. Ministério da Saúde. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192. [acesso 2014 Maio 24]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=456
16. Silva DS, Bernardes A, Gabriel CS, Rocha FLR, Caldana G. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. *Rev eletrônica enferm* [Internet]. 2014 Jan/Mar [cited 2016 Jul 06];16(1):211-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615> doi: 10.5216/ree.v16i1.19615
17. Peres RR, Camponogara S, Cielo C, Da Silva NM, Lourensi CM, Rossato GC. Percepções de trabalhadores e estudantes atuantes em um Pronto-Socorro, sobre meio ambiente e saúde. *REME rev min enferm* [Internet]. 2014 Jan/ Mar [cited 2016 Jul 08];18(1):27-33. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/906> doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140003>
18. Oliveira MM. Como fazer pesquisa qualitativa. Porto Alegre, Petropolis: Vozes, 2014.
19. Oliveira MFL, Brandão-Neto W, Silva ARS, Veríssimo AVR, Cavalcanti AMTS, Monteiro EMLM. Percepções de estudantes sobre o exame físico na prática clínica do enfermeiro. *Rev Rene* [Internet]. 2016 Mar/Apr [cited 2016 June 04];17(2):268-77. Available from: <http://200.129.29.202/index.php/rene/article/view/3015/2331> doi: 10.15253/2175-6783.2016000200015
20. Martins JT, Bobroff MCC, Andrade NA, Menezes GD. Equipe de enfermagem de emergência: riscos ocupacionais e medidas de autoproteção. *Rev. Enferm. UERJ.* 2014 Mai/Jun [cited 2016 Jul 10]; 22(3): 334-340. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v22n3/v22n3a07.pdf> doi: 0104-3552
21. Carreno I, Veleda CN, Moreschi C. Características da equipe de atendimento pré-hospitalar no interior do Rio Grande do Sul. *REME rev. min. enferm.* 2015 Jan/Mar [cited 2016 Jul 09]; 19(1): 88-94. Available from: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/988> doi: 10.5935/1415-2762.20150008
22. Guedes HM, Martins JCA, Chianca TCM. Valor de predição do Sistema de Manchester: avaliação dos desfechos clínicos de pacientes. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 Jan/Feb [cited 2016 Jul 09];68(1):45-1. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0045.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680107p>
23. Porto LAB, Monteiro AML, Santos SF, Souza C. Epidemiologia dos pacientes tratados no Hospital Risoleta Tolentino Neves de acordo com o tipo de atendimento pré-hospitalar. *Rev. méd. Minas Gerais.* 2016 Abr [cited 2016 Jul 08]; 25(2): 187-91. Available from: <file:///C:/Users/Leticia/Downloads/v25n2a08.pdf> doi: 10.5935/2238-3182.20150036
24. O'Dwyer G, Mattos, RA. Cuidado integral e a atenção às urgências: o Serviço de Atendimento Móvel de Urgências no Estado do Rio de Janeiro. *Saúde Soc* 2013 Jan/Mar [cited 2016 Jul 07]; 22(1):199-210. . Available from: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/18.pdf> doi: 10.1590/S0104-12902013000100018
25. Guedes HM, Souza KM, Lima PO, Martins JCA, Chianca TCM. Relationship between complaints presented by emergency patients and the final outcome. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015 July/Aug [cited 2016 Jul 08];23(4):587-94. Available from: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/0104-1169.0227.2592&pid=S0104-11692015000400587&pdf_path=rlae/v23n4/0104-1169-rlae-23-04-00587.pdf&lang=en doi: 10.1590-0104-1169.0227.2592
26. Dos Santos JLG, Pestana AL, Guerrero P, Meirelles BSH, Erdmann AL. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 Mar/Abr [cited 2016 Jul 07];66(2):257-63. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-7167013000200016>
27. Sakai AM, Rossaneis MA, Haddad MCFL, Sardinha DSS. Sentimentos de enfermeiros no acolhimento e na avaliação da classificação de risco em pronto-socorro. *Rev Rene* [Internet]. 2016 Mar/Apr [cited 2016 Jul 09];17(2):233-41. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3007/2323> doi: 10.15253/2175-6783.2016000200011
28. Oliveira GN, Vancini-Campanharo CR, Okuno MFP, Batista REA. Nursing care based on risk assessment and classification: agreement between nurses and the institutional protocol. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2013 May/ Apr [cited 2016 June 11];21(2):500-6. Available from: <http://www.revistas.usp.br/lae/article/view/75950/79436> doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-11692013000200005>

29. Lisa I, Iezzoni MD, Stephen C, Dorner MS, Toyin Ajayi MB. Community paramedicine – Addressing questions as programs expand. *B.S.N. Engl. J Med* 2016 Mar [cited 2016 Jul 05]; 374(12): 1107-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1516100> doi: 10.1056/NEJMp1516100
30. Machado CV, Salvador FGF, O'Dwyer G. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira. *Rev. Saúde Pública*. 2011 Jun [cited 2016 Jul 06];45(3):519-28. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n3/2335.pdf> doi: 10.1590/s0034-89102011005000022
31. Miccas FL, Batista SHSS. Educação permanente em saúde: metassíntese. *Rev Saúde Públ [Internet]*. 2014 [cited 2016 June 10];48(1):170-85. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n1/0034-8910-rsp-48-01-0170.pdf> doi: 10.1590/s0034-8910.2014048004498

Leticia Silveira Cardoso

Endereço para correspondência – BR 472 – Km 592, Caixa Postal 118,
CEP: 97508-000, Uruguaiana, RS, Brasil.
E-mail: leticiacardoso@unipampa.edu.br
Lattes:<http://lattes.cnpq.br/2309155244128217>

Mariana Xavier Bertoncello – mariana_bertoncello@yahoo.com.br
Paulo Sergio Ceretta – pauloceretta10@gmail.com
Valdecir Zavarese da Costa – valdecircosta2005@yahoo.com.br
Laurelize Pereira Rocha – laureliza@gmail.com
Marta Regina Cesar-Vaz – cezarvaz@vetorial.net

Enviado em 21 de setembro de 2014.
Aceito em 26 de julho 2016.

Santa Maria, v. 42, n.2, p. 79-87, jul./dez. 2016

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PORTADORES DE ETILISMO DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE LAJEADO/RS, 2011-2012

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF ALCOHOL CONSUMERS OF THE STRATEGIES OF FAMILY HEALTH CARE IN THE LAJEADO/RS, 2011-2012

Ioná Carreno¹, Deise Juliana Beckel Hendges², Daniel Granada da Silva Ferreira³.

RESUMO

O objetivo do estudo foi identificar o perfil sociodemográfico e ambiental de indivíduos que referem o uso de álcool cadastrados no Sistema de Informação de Atenção Básica do município de Lajeado/RS. Trata-se de estudo retrospectivo, transversal e com abordagem quantitativa. A amostra compreendeu 202 indivíduos cadastrados como usuário de álcool, foi utilizado SPSS v.22 para análise estatística. A faixa etária com maior prevalência foi de 40-59 anos, sendo 83,7% homens, quanto às patologias associadas destacam-se a HAS e DM, 16,3% e 5,4% respectivamente. Em relação às condições ambientais e sanitárias observou-se que a situação de moradia encontra-se adequada para a maior parte da população. Desta forma, evidenciou-se a necessidade de fortalecimento de políticas públicas visando à diminuição do uso de álcool e a promoção da atenção integral a saúde desta população.

Descriptores: Alcoolismo; Sistemas de Informação; Atenção Primária a Saúde; Saúde Coletiva; Políticas Públicas de Saúde.

ABSTRACT

The object of the study was to identify the socio-demographic and environmental profile of individuals who report consuming alcohol, registered in the Information System of Basic Attention of the Strategies of Family Health Care in Lajeado/RS. This is a retrospective study, cross-sectional, with a quantitative approach. The sample included 202 individuals registered as alcohol consumers, using SPSS v.22 for statistical analysis. The age group with the highest prevalence was 40-59 years, with 83.7 % of male. The most highlighted associated pathologies are HAS and MD, with 16.3 % and 5.4 % respectively. In terms of environmental and health conditions, it is observed that the housing situation is proper for the most part of this population. In this way, is shown the evidence of the need to strengthen public policies aimed at reducing the consumption of alcohol and promoting comprehensive health care for this population.

Descriptors: Alcoholism; Information Systems; Primary Health Care; Public Health; Public Health Policy.

¹ Doutora em Enfermagem pelo Centro Universitário UNIVATES (UNIVATES), Lajeado, RS, Brasil.

² Mestranda em Ambiente e Desenvolvimento no Centro Universitário UNIVATES (UNIVATES), Lajeado, RS, Brasil.

³ Doutor em Etnologia pelo Centro Universitário UNIVATES (UNIVATES), Lajeado, RS, Brasil.

Introdução

Na atualidade o uso do álcool é caracterizado como um fenômeno social representando um grave problema na saúde pública¹. Estima-se que a prevalência da dependência de álcool em adultos no país é de 9%². Segundo o Ministério da Saúde (MS) o alcoolismo é a dependência de um indivíduo ao álcool, considerada doença pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o seu uso constante, descontrolado e progressivo pode comprometer seriamente o funcionamento do organismo acarretando consequências irreversíveis³.

Entre os prejuízos relacionados ao consumo exagerado do álcool, pode-se citar a morte violenta, a exposição a comportamentos de risco (como dirigir sob efeito do álcool, ter relações sexuais desprotegidas e fazer uso de outras drogas), os prejuízos no desenvolvimento de habilidades cognitivo-comportamentais e emocionais, os danos ao patrimônio público e a violência doméstica⁴⁻⁶.

Como forma de obter informações da comunidade, o Departamento de Informações de Saúde (DATASUS), implantou em 1998 o Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), que teve como objetivo aprofundar e aprimorar pontos fundamentais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), assim como, ampliar o leque de informações por meio da coleta de dados permitindo sua utilização pela equipe de saúde⁷. Em 2013, o Ministério da Saúde substitui o SIAB pelo e-SUS, atualizando e aprimorando os dados que constam nas fichas ampliando aspectos importantes da saúde da população. Na atualidade o e-SUS encontra-se em implantação no território nacional⁸.

O registro de dados do SIAB pode ser utilizado como indicador de situação de vida, pois permite que o cadastro identifique subáreas da população exposta a piores condições de vida. Permitindo desse modo, identificar os locais onde à iniquidade sociocultural e econômica expõe mais intensamente os indivíduos aos agravos a saúde, sendo fundamental para um planejamento de ações na Unidade de Saúde ou na comunidade, fornecendo respostas apropriadas para a diversidade de situações de vida e saúde da população⁹.

Nas visitas que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fazem às famílias de sua comunidade são preenchidas as fichas A, de forma a cadastrar todos os membros da família, suas doenças ou condições referidas, situação de moradia e outras informações adicionais. O alcoolismo é uma condição autodeclarada pelos indivíduos e, conforme orientações do manual do SIAB, o ACS não deve solicitar comprovação de diagnóstico⁷. No entanto, convém ressaltar que os ACS são orientados a registrar casos de alcoolismo quando notório, mesmo que o indivíduo não o tenha referido.

Em virtude disto, o presente estudo teve como objetivo identificar o perfil sociodemográfico e ambiental de indivíduos que referem o uso de álcool cadastrados no Sistema de Informação de Atenção Básica do município de Lajeado/RS, de 2011 e 2012.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo com abordagem quantitativa. A população foram todos os indivíduos cadastrados no SIAB, de 2011 e 2012, do município de Lajeado localizado na região do Vale do Taquari, região central do estado do Rio Grande do Sul-Brasil. Lajeado é o município polo da região, tem 71.445 habitantes, sendo 71.180 moradores da zona urbana e 265 moradores da zona rural, o que caracteriza o município com alto grau de urbanização (99,93%)¹⁰.

A rede de saúde é composta pelo hospital de referência da região do Vale do Taquari, que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e saúde suplementar com aproximadamente 200 leitos. A atenção básica é composta por 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), nove equipes de Estratégia de Saúde da Família, três serviços de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) adulto, infantil e álcool/drogas e uma Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), com nove áreas totalizando 86 ACS no município.

A população do estudo foi de 202 indivíduos cadastrados no SIAB do município de Lajeado. Foi realizado um cruzamento de dados entre os indivíduos de 2011 e de 2012, excluindo os indivíduos repetidos e aqueles em que os dados estavam incompletos, portanto os indivíduos incluídos foram todos aqueles que referiram uso de álcool.

Após a Secretaria Municipal de Saúde disponibilizar as planilhas com os dados do SIAB, foi organizado o instrumento de coleta de dados no programa Microsoft Excel 2010, na qual foram depositadas as informações. Em seguida o banco de dados finalizado foi exportado para o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22, para processar

e analisar o banco de dados do SIAB. Os resultados foram apresentados através de valores absolutos e relativos. Utilizou-se o teste de correlação de Pearson para análise das variáveis diagnósticas de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Deficiência Física, sexo e alcoolismo. Adotou-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Apenas os pesquisadores e os bolsistas tiveram acesso ao banco de dados nos programas Microsoft Excel e SPSS.

As variáveis observadas quanto aos dados sociodemográficos foram sexo, idade e alfabetização. Quanto às condições de saúde referidas foram Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Deficiência Física (DEF), doença mental, tuberculose, hanseníase, malária, doença de chagas, epilepsia e gestação. Em relação aos dados ambientais, as variáveis foram tipo de casa, número de cômodos, energia elétrica, abastecimento de água, tratamento de água, destino do lixo e destino de fezes e urina. Os resultados das análises estatísticas foram apresentados em forma de tabelas, conforme melhor adequação do tipo de informação gerada.

Este estudo seguiu os preceitos da Portaria Ministerial nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas com seres humanos. A Secretaria Municipal de Saúde autorizou o Termo de Concordância da Instituição para a realização da pesquisa. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Univates, sob o parecer nº 231.467/2014.

Resultados

Estão cadastrados no SIAB 202 usuários de álcool no município de Lajeado/RS, em 2011 e 2012, sendo que 83,7% são homens e 16,3% são mulheres. Destaca-se que não há nenhuma gestante entre as mulheres que referiram uso de álcool. Em relação à faixa etária a maioria dos homens encontra-se entre 50 e 59 anos (41,4%) seguido da idade entre 40 e 49 anos (24,3%). As mulheres com faixa etária mais prevalente foram entre 50 e 59 anos (51,5%) e entre 40 e 49 anos de idade (30,3%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados socioeconômicos dos indivíduos que referem uso de álcool. Lajeado (RS), 2011-2012.

	Sexo		Alfabetizado	
	M n (%)	F n (%)	Não n (%)	Sim n (%)
18 - 29	11 (6,5)	2 (6,1)	0 (0)	13 (7,2)
30 - 39	13 (7,7)	1 (3)	1 (4,5)	13 (7,2)
40 - 49	41 (24,3)	10 (30,3)	3 (13,6)	48 (26,7)
50 - 59	70 (41,4)	17 (51,5)	8 (36,4)	79 (43,9)
60 - 69	24 (14,2)	2 (6,1)	4 (18,2)	22 (12,2)
70 - 79	7 (4,1)	0 (0)	5 (22,7)	2 (1,1)
80 - 89	3 (1,8)	1 (3)	1 (4,5)	3 (1,7)
Total	169 (83,7)	33 (16,3)	22 (10,9)	180 (89,1)

Quanto à alfabetização, 89,1% dos pesquisados referiram ser alfabetizados, sendo que a maioria encontra-se na faixa etária entre 50 e 59 anos (43,9%) seguido da idade entre 40 e 49 anos (26,7%). Nos indivíduos não alfabetizados a prevalência maior encontra-se entre 50 e 59 anos (36,4%) e dos 70 aos 79 anos de idade (22,7%) (Tabela 1).

A HAS foi referida por 16,3% dos indivíduos do estudo, sendo que a faixa etária que mais apresentou casos foi entre 50 e 59 anos (39%), em relação a DM foi referida por 5,4% pessoas, e a faixa etária com mais casos foi entre 50 e 59 anos de idade (45%). Nos casos referidos pelos indivíduos com HAS e DM houve 3% de relatos. Ressalta-se que na faixa etária entre 18 e 39 anos não houve referências de HAS e/ou DM pela população estudada (Tabela 2).

Tabela 2 - Condições de saúde dos indivíduos que referem uso de álcool. Lajeado (RS), 2011-2012.

	DM n (%)	HAS n (%)	DM e HAS n (%)
40 - 49	1 (9)	6 (18)	1 (16)
50 - 59	5 (45)	13 (39)	1 (16)
60 - 69	2 (18)	7 (21)	1 (16)
70 - 79	2 (18)	5 (15)	2 (33)
80 - 89	1 (9)	2 (6)	1 (16)
Total	11 (5,4)	33 (16,3)	6 (3,0)

Na relação entre HAS e sexo, as mulheres apresentaram 18,2% dos casos em comparação aos homens que foram 16% dos casos referidos, o resultado não foi estatisticamente significativo (*p*-valor 0,098). Sobre a relação entre DM e sexo, as mulheres apresentaram 6,1% dos casos, e os homens foram 5,3% dos casos referidos, sendo o resultado estatisticamente significativo (*p*-valor 0,029). Sobre os deficientes físicos, apenas homens refiram esta condição, com 4,7% dos casos (Tabela 3).

Tabela 3 - Correlação de Pearson entre DM, HAS e Deficiência física (DEF) e sexo dos indivíduos que referem uso de álcool. Lajeado (RS), 2011-2012.

	Sexo		p -valor*
	M n(%)	F n(%)	
DEF	8 (4,7)	0 (0)	1,627
DM	9 (5,3)	2 (6,1)	0,029
HAS	27 (16)	6 (18,2)	0,098

*Teste qui-quadrado de Pearson

Tabela 4 - Dados ambientais, sanitário e de acesso ao serviço de saúde dos indivíduos que referem uso de álcool. Lajeado (RS), 2011-2012.

Dados ambientais		n	%
Tipo de casa	Tijolo	143	70,8
	Madeira	53	26,3
	Mista	6	2,9
Energia elétrica	Sim	202	100
Número de cômodos	1 a 5	110	54,5
	6 a 10	89	44,1
	11 a 15	3	1,5
Destino do lixo	Coletado	196	97
	Queimado/enterrado	5	2,5
	Céu aberto	1	0,5
Abastecimento de água	Rede pública	129	63,9
	Poço/ nascente	73	36,1

continua...

Tratamento de água	Sim	15	7,4
	Não	187	92,6
Destino de fezes e urina	Fossa	197	97,5
	Céu aberto	5	2,5
Acesso ao serviço de saúde			
UBS	Sim	189	93,6
	Não	13	6,4
Hospital	Sim	73	36,1
	Não	129	63,9
Farmácia	Sim	14	6,9
	Não	188	93,1
Benzedeira	Sim	12	5,9
	Não	190	94,1
Outros	Sim	15	7,4
	Não	187	92,6

Quanto às condições ambientais observou-se que 70,8% dos indivíduos residem em casa de alvenaria e 26,3% em casas de madeira. Das residências 54,5% possuem de 1 a 5 cômodos e 44,1% de 6 a 10 cômodos. Sobre o abastecimento de água, a rede pública fornece em 63,9% das casas, enquanto que 36,1% têm o abastecimento de água proveniente de fonte própria ou nascente, sendo o tratamento de água no domicílio, realizado em 7,4% das casas. Sobre o destino do lixo, 97% referem que o lixo é coletado e 2,5% queimam ou enterram. Quanto ao destino de fezes e urina, 97,5% afirmam possuir fossa séptica, e todos referiram ter energia elétrica (Tabela 4).

Sobre o acesso aos serviços de saúde, a Unidade Básica de Saúde (UBS) foi a mais referida com 93,6%, o serviço hospitalar foi utilizado em 36,1% dos casos, a farmácia em 6,9% e a benzedeira em 5,9% dos casos. Ressalta-se que 17% dos indivíduos referiram possuir plano de saúde e 4,3% recebem bolsa família. (Tabela 4).

Discussão

O SIAB é um sistema que permite a visualização do perfil epidemiológico e sanitário da população de sua área de abrangência oferecendo o diagnóstico da situação de saúde da população¹¹. As completudes dos dados no Sistema de Informações em Saúde podem nortear o planejamento de pesquisas, políticas públicas, intervenções, planejamento, entre outros. Autores referem que o registro dos dados, no Sistema de Informações em Saúde, é questionável devido ao déficit de treinamento dos profissionais ou à falta de conhecimento da notificação gerando má qualidade e subnotificação^{12, 13}.

O levantamento de dados para a análise de variáveis relacionadas ao consumo de álcool tem sido objeto de muitos estudos, com o intuito de determinar seu impacto social e a morbimortalidade da população¹⁴.

No presente estudo observou-se a predominância de indivíduos do sexo masculino que referem uso de álcool que está em concordância com a maioria dos estudos nacionais. Nesse sentido, pode-se citar o estudo¹⁵ realizado com 8.589 entrevistados de 107 cidades do Brasil com mais de 200 mil habitantes, no qual verificou-se a prevalência da dependência de álcool de 17,1% para o sexo masculino e 5,7% para o feminino. O motivo do número de mulheres que referem consumo de álcool ser relativamente menor que de homens, pode estar relacionado a fatores culturais e sociais ligados às regras de gênero que reprimem mais o beber compulsivo nas mulheres do que nos homens. Há menos pressão para que ela inicie a ingestão de álcool e uma maior pressão para que ela interrompa o uso quando excessivo. A mulher costuma ser reprimida enquanto que a sociedade é conivente com a ingestão masculina¹⁶.

Em relação à faixa etária, tanto dos homens quanto das mulheres, destaca-se a elevada prevalência desse consumo entre os indivíduos de 40 a 59 anos. Em estudo¹⁴ sobre consumo abusivo e dependência de álcool realizado no

Estado de São Paulo, houve o predomínio de indivíduos na faixa 20 a 29 anos. Outro estudo¹⁶ realizado no Paraná com mulheres alcoolistas verificou que a faixa etária mais prevalente foi a de 20 a 49 anos de idade.

Os fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis incluem o uso nocivo do álcool, ocupando o terceiro lugar entre os fatores de risco para a morte prematura e incapacidade¹⁷. Dos 202 indivíduos que referem o uso de álcool, 33 são hipertensos, 11 são diabéticos e seis apresentam as duas patologias. A HAS é uma síndrome multifatorial e multicausal, o seu aparecimento está relacionado ao estilo de vida inadequado como o sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o alcoolismo, a alimentação inadequada e a obesidade¹⁸. O álcool pode interagir com agentes hipoglicemiantes orais prescritos para os diabéticos. A combinação de alguns agentes (cloropropamida, glibenclamida e tolbutamida) com o consumo de álcool pode causar diversas reações, incluindo taquicardia, alteração súbita da pressão arterial, convulsões e coma¹⁹. Os profissionais de saúde devem rotineiramente avaliar o consumo de álcool de seus pacientes, devido aos efeitos e aos riscos sobre hipertensos e diabéticos.

Em relação ao acesso aos serviços de saúde os resultados possibilitaram identificar que a UBS é o serviço de maior acesso. Oferecer novos subsídios para a construção do conhecimento sobre o tema no âmbito da saúde pública favorece a identificação da necessidade de ações e prevenção do uso de álcool pelos usuários do sistema público de saúde do país²⁰.

Em relação às condições ambientais observou-se que a situação de moradia e saneamento está adequada para a maioria da população. Observou-se que todos apresentam energia elétrica em suas residências e que 63,9% da água provém da rede pública de abastecimento, portanto uma parcela menor da população estudada realiza o tratamento da água nas residências. Quanto ao lixo, em 97% dos casos é coletado, e 97,5% possuem fossa séptica para destinar as fezes e urina. O saneamento básico ganhou um grande destaque com a promulgação da Lei nº 11.445²¹ que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a política federal de saneamento básico, nos seus quatro componentes: abastecimento de água, esgotamento sanitário, manejo de resíduos sólidos e manejo de águas pluviais.

O impacto das condições ambientais e sanitárias, em um grupo da população vulnerável, como as pessoas que consomem álcool, se torna mais preocupante quando associados às condições inadequadas, como moradia de madeira, poucos cômodos, sem energia elétrica, água não potável e outros, desta forma, colocando em risco a sua situação de saúde. Um estudo²² realizado sobre o impacto das deficiências de saneamento básico sobre a saúde pública no Brasil no período de 2001 a 2009 mostrou que os óbitos resultantes de doenças relacionadas ao saneamento básico inadequado corresponderam a 13.449 mortes por ano, ou seja, 1,31% do total de óbitos deste período. Neste sentido, a saúde deve ser pensada como uma resultante das relações entre as variáveis ambientais, sanitárias e sociais.

A problemática do uso de álcool não é apenas pertinente pelo perfil epidemiológico, mas pelas consequências a médio e longo prazo na saúde desses indivíduos, o impacto na família e as implicações para a sociedade²³.

Considerações Finais

Como limitação do estudo encontrou-se a subnotificação e o sub-registro, porém os resultados mostraram características epidemiológicas, sociodemográficas e ambientais importantes de serem destacadas, sendo necessário conjugar outros métodos de investigação que permitam melhorar e avaliar a amplitude do uso de álcool junto à população.

Os resultados revelaram o perfil epidemiológico de indivíduos que consomem álcool em área de abrangência das Estratégias de Saúde da Família, sendo observado que a maioria é homem, acima de 40 anos de idade e com presença de HAS e DM. Porém ressalta-se que estes indivíduos tiveram acesso à rede de serviços de saúde, em especial, à atenção básica de saúde. Analisar as questões ambientais e sanitárias demonstrou que as condições de moradia estão adequadas, diminuindo fatores de risco de adoecimento dos indivíduos.

As pessoas que desenvolvem o etilismo devem ser monitoradas pelos serviços de saúde, desempenhando um maior cuidado, visto que podem apresentar maiores dificuldades na prevenção e adesão ao tratamento das doenças e na promoção da saúde. Portanto, deve haver o fortalecimento das políticas públicas juntamente com intervenções específicas voltadas à redução do consumo de álcool, a educação e a melhoria do tratamento das pessoas que possuem dependência ao uso de álcool.

Referências

1. Machado RM, Costa Junior ML. Alcoolismo na região centro-oeste de Minas Gerais: perfil sociodemográfico, clínico e distribuição geográfica. *Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* 2012;8(2):71-8.
2. Laranjeira R, Pinsky I, Sanches M, Zaleski M, Caetano R. Alcohol use patterns among Brazilian adults. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32(3):231-41.
3. Ministério da Saúde (BR). Alcoolismo. Brasília, 2004 [acesso em 2014 jun 25]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/58alcoolismo.html>
4. Peuker AC, Fogaça J, Bizarro L. Expectativas e beber problemático entre universitários. *Psicol Teoria Pesquisa.* 2006;22(2):193-200.
5. Baumgarten LZ, Gomes VLO, Fonseca AD. Consumo alcoólico entre universitários(as) da área da saúde da Universidade Federal do Rio Grande/RS: subsídios para enfermagem. *Esc Anna Nery.* 2012;16(3):530-535.
6. Zilberman ML, Blume SB. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. *Rev Bras de Psiquiatr.* 2005;27 Supl 2:51-5.
7. Ministério da Saúde (BR). SIAB: manual do Sistema de Informação de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2003.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. e-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada. Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2013.
9. Sala A, Simões O, Luppi CG, et al. Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condições de vida e saúde. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(6):1556-64.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. XII Censo Demográfico. 2010. Rio de Janeiro; 2010. [citado 2014 mar12]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>
11. Carreno I, Moreschi C, Marina B, Hendges DJB, Rempel C, Oliveira MMC. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB: uma revisão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(3):947-956.
12. Laurenti R, Buchalla CM, Lolio CA, Santo AH, Jorge MHPM. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Município de São Paulo (Brasil), 1986. *Rev Saúde Pública.* 1990;24:128-33.
13. Souza MH, Cecatti JG, Hardy EE, Serruya SJ. Morte materna declarada e o relacionamento de sistemas de informações em saúde. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(2):181-9.
14. Guimarães VV, Florindo AA, Stopa SR, César CLG, Barros MBA, Carandina L, et al. Consumo abusivo e dependência de álcool em população adulta no Estado de São Paulo, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(2):314-25.
15. Galduroz JCF, Caetano R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;26(1):3-6.
16. Oliveira GC, Dell'agnolo CM, Ballani TSL, Carvalho MDB, Peloso SM. Consumo abusivo de álcool em mulheres. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(2):60-8.
17. Machado IE, Lana FCF, Felisbino-Mendes MS, Malta DC. Factors associated with alcohol intake and alcohol abuse among women in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(7):1449-59.
17. Santos ZMSA. Hipertensão arterial - um problema de saúde pública. *Rev Bras Prom Saúde.* 2011;24(4):285-6.
18. Babor T, Rehm J, Jernigan D, Vaeth P, Monteiro M, Lehman H. Alcohol, diabetes, and public health in the Americas. *Rev Panam Salud Pública.* 2012;32(2):151-5.
19. Vargas D, Bittencourt MN, Barroso LP. Padrões de consumo de álcool de usuários de serviços de atenção primária à saúde de um município brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(1):17-25.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Lei n. 11.445, de 5 de janeiro de 2007. Dispõe sobre as diretrizes nacionais para o saneamento básico. Diário Oficial da União, Brasília, 8 jan. 2007. Seção1, p.3.
21. Teixeira JC, Oliveira GS, Viali AM, Muniz SS. Estudo do impacto das deficiências de saneamento básico sobre a saúde pública no Brasil no período de 2001 a 2009. *Eng Sanit Ambient.* 2014;19(1):87-96.
22. Moretti-Pires RO, Ferro SBG, Büchele F, Oliveira HM, Gonçalves MJF. Enfermeiro de Saúde da Família na Amazônia: conceitos e manejo na temática do uso de álcool. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(4):926-32.

Ioná Carreno

Endereço para correspondência – Rua: Avelino Tallini, n° 171,

Bairro: Universitário, CEP: 95900-000, Lajeado, RS, Brasil.

E-mail: icarreno@univates.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9555797035235412>

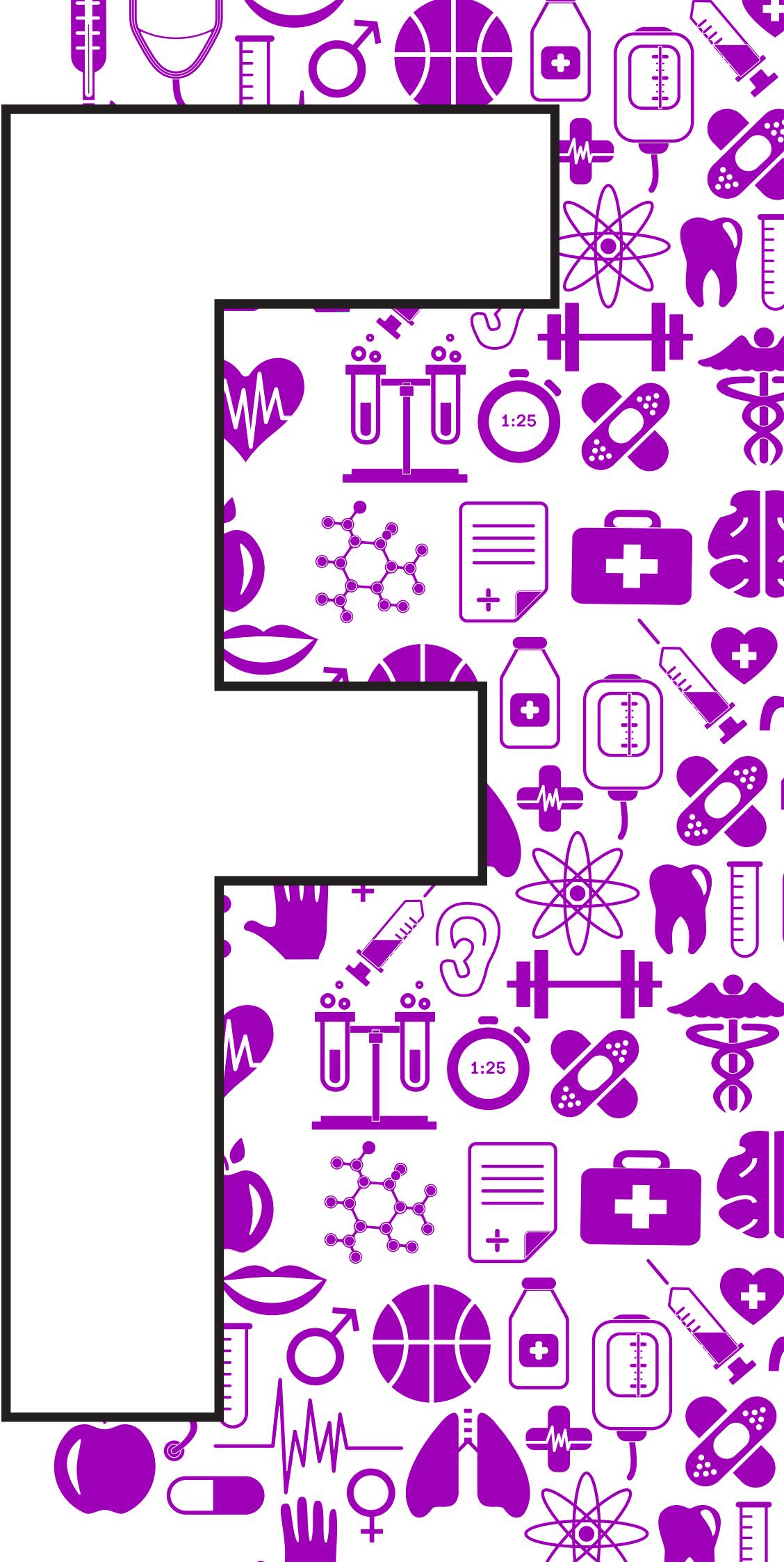
Deise Juliana Beckel Hendges – deisebeckel@universo.univates.br

Daniel Granada da Silva Ferreira – dgdsferreira@univates.br

Enviado em 02 de dezembro de 2014.

Aceito 04 em novembro de 2016.

FARMÁCIA



Santa Maria, v. 42, n.2, p. 89-96, jul./dez. 2016

PRESENÇA DE ANALITOS QUÍMICOS E MICROSCÓPICOS NA URINA E SUA RELAÇÃO COM INFECÇÃO URINÁRIA

PRESENCE OF CHEMICAL AND MICROSCOPIC ANALYTES IN URINE AND ITS RELATIONSHIP WITH URINARY TRACT INFECTION

**Lenir Alves Bortolotto¹, Denise Michelle Indras²,
Claudinei Mesquita da Silva³, Leyde Daiane de Peder⁴**

RESUMO

Microrganismos podem atingir o trato urinário pela via ascendente ou sangue levando a graves infecções e custos para o sistema público de saúde, sendo assim é imprescindível um diagnóstico rápido para o tratamento adequado e diminuição de gastos. A urocultura é padrão ouro neste processo pela sua precisão, porém, é lento e de custo elevado, sendo necessários testes adicionais com tiras reativas e microscópicos durante a urinálise, os quais são mais rápidos e de custo mais baixo e que sugerem casos negativos ou presença de bactérias. O presente trabalho teve como objetivo correlacionar presença de analitos químicos e microscópicos com infecção urinária, tendo como base a urocultura, a partir da análise de 1576 laudos de pacientes que realizaram exame de urina em um laboratório particular de Cascavel-PR entre 2012 e 2015. Foram calculados os parâmetros de validação para nitrito positivo e aumento de leucócitos tendo como base urocultura positiva, nos quais foi verificada sensibilidade de 32,4% e 83,6%, especificidade e VPP de 100% para ambos, VPN de 88,7% e 97,0% e eficiência de 89,3% e 97,3%, respectivamente. Assim, todos os parâmetros demonstraram que o diagnóstico mais adequado para infecções urinárias é a determinação do aumento do número de leucócitos e não o teste de nitrito.

Descriptores: Urocultura; Urinálise; Infecção do Trato Urinário; Bactérias.

ABSTRACT

Microorganisms can reach the urinary tract by ascending or via blood leading to severe infections and cost to the public health system, so it's essential a rapid diagnosis for proper treatment and cost-cutting. The urine culture is the gold standard in this process owing accuracy, however, is slow and expensive, requiring additional testing with reactive and microscopic strips for urinalysis, which are faster and lower cost and suggest negative cases or presence bacteria. This study aimed to correlate the presence of chemical and microscopic analytes with urinary tract infection, based on urine culture, from the analysis of 1576 reports of patients who underwent urinalysis in a particular laboratory Cascavel - PR between 2012 and 2015. Validation parameters were calculated for positive nitrite and leukocyte increase based on positive urine culture, which was observed in 32.4% sensitivity and 83.6% specificity and 100% PPV for both VPN 88.7% and 97.0% efficiency and a 89.3% and 97.3%, respectively. Thus, all parameters showed that more appropriate diagnosis of urinary tract infections is the determination of the increase in the number of leukocytes and no nitrite test.

Descriptors: Urine Culture; Urinalysis; Urinary Tract Infection; Bacteria.

¹ Graduada em Farmácia pelo Centro Universitário da Fundação Assis Gurgacz (FAG), Cascavel, PR, Brasil.

² Especialista em Análises Clínicas pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brasil.

³ Mestre em Biologia Molecular pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina, (UNIFESP/EPM), São Paulo, SP, Brasil.

Introdução

As infecções do trato urinário (ITU) são as mais comuns nas clínicas médicas, são caracterizadas como a invasão microbiana de qualquer órgão do trato urinário desde a uretra até os rins¹. O processo infeccioso pode atingir o rim, a pelve renal, os ureteres, a bexiga e a uretra, além das estruturas adjacentes, incluindo próstata e epidídimo, existindo possibilidades de agravamento na dependência do estado geral do paciente e da sua idade, merecendo, assim, grande atenção em pesquisas e estudos nas ciências médicas.

Normalmente, no aparelho urinário, não existem quaisquer microrganismos, contrariamente ao que se passa com outros aparelhos em comunicação com o meio exterior. Os estudos sobre as origens das ITU variam de acordo com o gênero, idade e estado geral do paciente, aquisição hospitalar ou comunitária e uso de antimicrobianos. Na vida adulta, a incidência de ITU aumenta, apresentando maior prevalência no gênero feminino, com picos de maior acometimento no início da atividade sexual ou relacionado a ela, também durante a gestação ou na menopausa². Estudos epidemiológicos estimam que, anualmente, 10% das mulheres são diagnosticadas com cistite e 60% têm pelo menos um episódio de ITU ao longo da vida³. As enfermidades do trato urinário se destacam não só pela sua frequência como também pela possibilidade de causarem complicações graves, como insuficiência renal e septicemia⁴. Correspondem a infecções de grande destaque em pacientes hospitalizados e podem levar a grandes custos e aumento da estadia hospitalar⁵.

Vários microrganismos tem sido detectados como agentes etiológicos das ITUs, no entanto, *Escherichia coli* e *Staphylococcus saprophyticus* estão envolvidos em cerca de 80% das infecções urinárias não complicadas encontradas na população, particularmente em mulheres com menos de 50 anos de idade. Além dessas bactérias, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis* e *Klebsiella pneumoniae* também apresentam grande prevalência⁶. Para a confirmação da infecção urinária exames como urocultura são comumente utilizados, sendo esta metodologia considerada padrão-ouro para o diagnóstico⁷.

A análise microscópica, assim como a análise química do sedimento urinário fornecem importantes subsídios a respeito das ITUs e a presença de qualquer alteração é sugestiva, mas não confirmatória para a mesma, além de fornecer informações sobre patologias extra-renais. As fitas reagentes, análises químicas, são usadas especialmente na triagem de casos agudos suspeitos de ITU, pela sua simplicidade, baixo custo e facilidade na obtenção de resultado e são considerados como exame de rotina⁸.

Embora a urocultura seja um exame imprescindível para o diagnóstico de uma infecção urinária, esse método apresenta desvantagens, como a demora no tempo de realização e o alto custo⁷. Por esse motivo, esforços têm sido despendidos para se obter um teste de triagem que traga resultados baratos, confiáveis e rápidos. Desta forma, o presente trabalho teve como objetivo correlacionar a presença de nitrito positivo, um analito químico, assim como, o aumento de leucócitos, uma análise microscópica, com infecção urinária, tendo como base a urocultura positiva.

Metodologia

Para a execução do presente trabalho, foi realizada a análise de laudos eletrônicos presentes no sistema SIAC (Sistema Integrado de Análises Clínicas) de um laboratório particular de Cascavel–PR, relativos a pacientes submetidos a exames de urina entre junho de 2012 e junho de 2015. O laboratório realiza exames para hospitais de Cascavel e região, da rede privada, de convênios e do Sistema Único de Saúde.

Dos laudos foram extraídos os resultados relativos à análise química (nitrito), análise microscópica (número de leucócitos) e análise microbiológica (positividade/negatividade e bactérias encontradas na urocultura).

Os exames foram realizados pelo laboratório com amostras adquiridas por coleta de urina de jato médio de micção espontânea. Os exames químicos foram realizados com tira reagente UROFITA 10 DLU (MACHEREY-NAGEL). A definição de positividade ou negatividade foi realizada por comparação com os padrões da tira pelo equipamento LabURReader (ALERE). Para os exames microscópicos, utilizou-se a técnica qualitativa, no qual define-se a quantidade média de elementos por campo de visualização de grande aumento (400x) em dez campos.

Para a urocultura, o laboratório utilizou o meio Ágar CLED, com semeadura por esgotamento e estriamento, incubados por 48 horas. As bactérias foram definidas pelo crescimento de pelo menos 10^5 unidades formadoras de colônias por mL de urina (100.000 ufc/mL) colhida em jato médio e de maneira asséptica. Para pacientes idosos, infecções crônicas e na utilização de antimicrobianos, foi considerado crescimento bacteriano igual ou superior a 10^4 colônias (10.000 ufc/ml)⁹.

Os dados obtidos foram tabulados no programa *Microsoft Office Excel®* e os resultados foram classificados como verdadeiros positivos (VP), verdadeiros negativos (VN), falsos positivos (FP) e falsos negativos (FN). Foram determinados os parâmetros para validação das determinações (presença de nitrito e aumento de leucócitos) em relação à urocultura positiva, a qual é considerada técnica padrão para determinação de infecção urinária, por meio de cálculos de sensibilidade (VP/VP+FN), especificidade (VN/VN+FP), eficiência (VP+VN/VP+VN+FP+FN), valor preditivo positivo (VPP) (VP/VP+FP); valor preditivo negativo (VPN) (VN/VN+FN).

Foi também utilizado o teste de Qui quadrado (χ^2) em nível de significância de 5% com resultados considerados estatisticamente significativos para $p \leq 0,05$ para análise e estudo sobre a associação entre variáveis. A análise estatística foi realizada através do software Bioestat® 2.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade Assis Gurgacz sob parecer 857.540 de 08/10/2014, após carta de concordância emitida pelo responsável pelo laboratório.

Resultados e Discussão

Foram analisados 1576 laudos de urocultura de pacientes diferentes no período compreendido entre junho de 2012 a junho de 2015 obtendo-se como resultados os dados descritos na Figura 1.

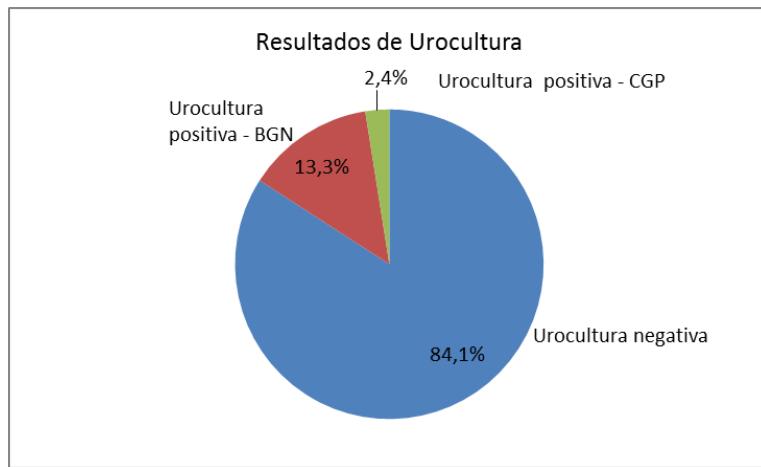


Figura 1 - Resultados de urocultura coletados de laudos de pacientes atendidos por um laboratório privado. Cascavel-PR, 2012 a 2015.

Verificou-se uma prevalência de infecções urinárias de 15,7% nos laudos analisados, sendo que 13,3% das infecções foram causadas por bacilos Gram negativos (BGN). Em outras pesquisas realizadas no Brasil, os dados coletados demonstraram igualdade 15,7%¹⁰, semelhança, 15,0%¹¹, 16,4%¹², e percentuais ligeiramente maiores, como 22,6%¹³ e 22,8%¹⁴.

De todas as uroculturas positivas (250), em 211, (84,4%) foi detectada a presença de BGN e em 39 (15,6%) cocos gram positivos (CGP). Este resultado foi um pouco superior para as BGN daqueles apurados por Muller et al (2008) e Ramos et al (2006), onde a frequência de isolamento de BGN foi de 70-75% e inferior para as CGP, onde estes pesquisadores encontraram 25-30%, sugerindo que estes microrganismos vem crescendo como causadores de ITUs.

Em análise dos casos de urocultura positiva, verificou-se a frequência das principais bactérias encontradas, bem como, sua relação quanto à conversão de nitrato em nitrito e o aumento de leucócitos, conforme escrito na Tabela 1.

Os testes que utilizam tiras reagentes e como consequência a determinação de nitrito detectam significativamente mais infecções por bactérias Gram negativas do que por espécies Gram positivas, já que o teste de nitrito pode não revelar a presença de bactérias Gram positivas em muitos casos¹⁵. A conversão de nitrato em nitrito na urina por cocos Gram positivos ainda não está bem estabelecida, mas estudos tem demonstrado essa ocorrência¹⁶.

Tabela 1. Descrição e frequência dos BGN e CGP relacionados à frequência de conversão de nitrato a nitrito e aumento de leucócitos. Laboratório privado, Cascavel-PR, 2012 a 2015.

Bactérias	Frequência no total de exames analisados (n= 1576)	Frequência com urocultura positiva (n=250)	Nitrito positivo n (%)	Mais de 5 leucócitos n (%)	Valor de p
<i>Escherichia coli</i>	177 (11,2%)	70,8%	60 (33,9)	142 (80,2)	< 0,0001
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	26 (1,6%)	10,4%	9 (34,6)	23 (88,5)	< 0,0001
<i>Staphylococcus aureus</i>	20 (1,3%)	8%	5 (41,4)	19 (95,0)	< 0,0001
<i>S. saprophyticus</i>	11 (0,7%)	4,4%	0 (0,0)	11 (100,0)	< 0,0001
<i>Enterococcus faecalis</i>	8 (05%)	3,2%	3 (37,5)	6 (75,0)	0,0114
<i>Proteus mirabilis</i>	5 (0,3%)	2%	4 (80,0)	4 (80,0)	>0,9999
<i>Enterobacter cloacae</i>	2 (0,1%)	0,8%	0 (0,0)	2 (100,0)	< 0,0001
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	1 (0,1%)	0,4%	0 (0,0)	1 (100,0)	<0,0001
Total	250 (15,9%)	100%	81	208	

A maioria das infecções urinárias é causada por BGN, sendo que, o microrganismo invasor mais comum é a *Escherichia coli*, detectada em cerca de 70% a 90% das infecções bacterianas agudas não complicadas das vias urinárias¹⁷⁻²⁰, o que foi também visualizado no presente estudo. No entanto, casos de CGP, como *Staphylococcus saprophyticus*, podem ser responsáveis por 10% a 20% dos casos em mulheres jovens adultas, sendo descrito como a segunda causa mais frequente de ITU nessas pacientes, enquanto que outras bactérias Gram positivas são relativamente raras, podendo incluir estreptococos dos grupos B e D²¹.

Nas infecções complicadas, na presença de anormalidade anatômica ou cateterização crônica, o espectro de bactérias infectantes é maior do que nos casos não complicados. Verifica-se quase sempre também a presença *E. coli*, porém muitas espécies de outros bastonetes Gram negativos, por exemplo, *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter* e *Pseudomonas*, e Gram positivos, como, enterococos e estafilococos, também são comuns. Em muitos casos são identificadas duas ou mais espécies, e as bactérias são quase sempre resistentes aos agentes antimicrobianos administrados¹⁷.

A infecção por BGN e CGP é dez a vinte vezes mais frequente em mulheres do que em homens. Tal fato se deve à formação anatômica da genitália externa, assim como ao comprimento da uretra feminina, que favorece a ascensão das bactérias que colonizam o íntimo vaginal para o interior da bexiga²².

Em relação aos CGP, o presente estudo detectou que a bactéria mais recorrente (8%) foi *Staphylococcus aureus* (20 casos), seguida por *Staphylococcus saprophyticus* (11 casos/4,4%), o que mostrou resultados diversos dos autores evidenciados, talvez pelo fato de que neste estudo a análise dos exames não fora direcionado com atenção especial as ITUs detectadas em mulheres jovens adultas com vida sexualmente ativa e sim de modo genérico.

O diagnóstico de uma infecção do trato urinário é geralmente feito em bases clínicas e laboratoriais²³. A urocultura é o exame mais importante para o diagnóstico de uma infecção urinária, pois não apenas indica a ocorrência de multiplicação bacteriana no trato urinário, mas também permite o isolamento do agente causal e o estudo de sua sensibilidade frente aos antimicrobianos. Habitualmente, considera-se positiva a presença de número igual ou superior a cem mil (> 105) unidades formadoras de colônias bacterianas por mililitro de urina adequadamente coletada. Entretanto esse método apresenta desvantagens, como o longo período de tempo exigido no diagnóstico e ter consequente elevado custo²⁴.

Diversas metodologias de triagem para detecção da bacteriúria encontram-se disponíveis e constituem um atrativo pela sua rapidez, praticidade e economia na predição das ITU. Por isso, esforços têm sido realizados para selecionar um teste de triagem padrão, que possibilite a análise de várias amostras de urina, concomitantemente.

O teste das tiras reagentes para bacteriúria (teste de Greiss) fundamenta-se na medida indireta de bactérias redutoras do nitrato a nitrito. Em BGN, incluindo *E. coli*, essa conversão ocorre em 99%-100% dos casos. Já para CGP, ainda não está bem estabelecida, dependendo muito da espécie bacteriana²⁵. Foi descrito que a utilidade desse teste está restrita às enterobactérias, para as quais o resultado é positivo, já que as CGPs, raramente produzem enzimas de redução de nitrato²⁶.

Os estudos elaborados pelos autores anteriormente citados divergem do que fora constatado no presente trabalho, onde verificou-se que dos 250 casos de urocultura positiva submetidos ao testes de fita reativa, (211 BGN) e (39 CGP) apenas 81 casos detectaram a presença de nitrito, concordando com a afirmação de Yoshida *et al* (2006), visto que, neste trabalho detectou-se casos de nitrito positivo para CGP. Verificou-se também quantidade estatisticamente significativa ($p<0,0001$) maior de casos de infecções bacterianas com aumento de leucócitos quando comparado à conversão de nitrato a nitrito (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra a associação entre a análise microbiológica (resultado das uroculturas), a análise química (nitrito em tiras reativas) e as análises microscópicas (número de leucócitos) observados no presente estudo.

Tabela 2 - Associação entre urocultura, nitrito e leucócitos.
Laboratório privado, Cascavel-PR, 2012 a 2015.

Urocultura	Nitrito positivo	Nitrito negativo	Superior a 5 leucócitos	Inferior ou igual a 5 leucócitos
Positiva	81 (VP)	169 (FN)	208 (VP)	42 (FN)
Negativa	0 (FP)	1326 (VN)	0 (FP)	1326 (VN)
Total	81	1495	208	1368

VP: Verdadeiros Positivos; FN: Falsos Negativos; FP: Falsos Positivos; VP: Verdadeiro Negativo.

A especificidade é definida pela porcentagem de resultados negativos apurados entre indivíduos não doentes, ou seja, a proporção dos verdadeiros negativos, já a sensibilidade é definida pela percentagem de resultados positivos entre os indivíduos doentes, a proporção de verdadeiros positivos²⁷. Um teste 100% sensível não apresentaria falsos negativos e um teste 100% específico não apresentaria falsos positivos. Infelizmente, não há testes 100% sensíveis nem 100% específicos²⁸.

A partir dos resultados obtidos com a determinação de nitrito por meio da Urofita, chegou-se aos seguintes valores: sensibilidade de 32,4%, especificidade de 100%, valor preditivo positivo de 100%, valor preditivo negativo de 88,7% e eficiência de 89,3%, para nitrito em relação à urocultura.

A especificidade da prova de nitrito na urina pelas tiras reagentes foi elevada em todas as pesquisas analisadas²⁸⁻³⁰, inclusive neste estudo, representando, portanto, que a probabilidade do teste ser negativo, determinando-se que os pacientes examinados não são portadores da doença é muito alta, o que representa os casos negativos coincidentes entre as provas de nitrito e urocultura. Todavia, a sensibilidade revelou-se muito baixa na maioria das pesquisas, significando que é baixa a probabilidade da prova de nitrito ser positiva nos casos de ITU bacteriana confirmada pela urocultura.

Para o VPP, isto é, a probabilidade do paciente estar realmente doente quando o resultado de nitrito pela Urofita é positivo, é de 100,0% neste estudo, levando a uma predição de falso positivo (FP) de 0,0%, o que corrobora com o descrito por Sobestiansky *et al* (2009), para o VPN que é a probabilidade de o paciente não estar doente quando o resultado é negativo, o valor foi de 88,7%.

O presente estudo corrobora com o afirmado por Richard (2009), pois dentre os casos positivos de BGN e CGP (250) em apenas 81 foi detectada a presença de nitrito, especialmente nas BGN (*E. coli*), discordando, no entanto, quanto as CGP, já que foi encontrado resultado de nitrito positivo em 4 casos de infecção por *Staphylococcus saprophyticus*.

Outros fatores também podem influenciar no resultado negativo de nitrito nos testes de Urofitas, como quando o tempo de contato entre a bactéria e o nitrato é pequeno. Resultado falso negativo pode ocorrer quando detectada terapia antibiótica, ou por concentração muito baixa de nitrato na urina, que pode ser ocasionado por dietas pobres em nitratos ou por alta diluição da amostra por diurese. Já o resultado falso positivo pode ocorrer pela presença de corantes de uso diagnóstico ou terapêutico²⁶. Entretanto, estes fatores, não são suficientes para justificar a elevada frequência de falsos negativos, constatada neste estudo.

Das 250 amostras com urocultura positiva, observados no presente estudo, 208 apresentaram mais de 5 leucócitos por campo, conforme descrito na Tabela 2. A partir dos números encontrados nas uroculturas em associação com a quantificação de leucócitos em exame microscópico, obteve-se os seguintes resultados: sensibilidade de 83,2%, especificidade de 100,0%, valor preditivo positivo de 100,0%, valor preditivo negativo 96,9% e eficiência de 97,3%, para leucócitos em relação à urocultura.

Até cinco leucócitos por campo de grande aumento (400x) é considerado como urina normal, muito embora diversos sejam os valores descritos na literatura. Com 12 mm de diâmetro, o leucócito geralmente encontrado no sedimento urinário é o neutrófilo que se demonstra particularmente acumulado^{31,32}.

A análise de urina a fim de realizar avaliação de leucocitúria e bacteriúria pode ser realizada por meio de técnicas convencionais, com urina centrifugada. O exame microscópico é realizado após a centrifugação da urina com possibilidades de encontrar leucocitúria consideradas anormais em contagens superiores a 10.000 leucócitos/mL independentemente da morfologia destes leucócitos³³.

Este estudo corrobora com os resultados obtidos nas pesquisas feitas pelos autores Richard (2009) e Ávila (2011), vez que, dos casos detectados de ITU (250) em 208 foram detectados mais de cinco leucócitos por campo, sendo tal análise um ótimo indicativo da presença de ITU nos pacientes examinados.

Considerações Finais

Embora tenha se verificado especificidade de 100,0%, VPP de 100,0%, VPN de 88,7% e eficiência de 89,3% para nitrito, a sensibilidade foi extremamente baixa, isto é, 32,4%. Já para aumento de leucócitos, todos os parâmetros apresentaram-se mais elevados, verificando-se especificidade e VPP de 100,0%, VPN de 96,9%, eficiência de 97,3% e sensibilidade de 83,2%. Aliado a esses resultados, verificou-se que um maior número de bactérias apresentou aumento de leucócitos, quando comparado à produção de nitrito, o que comprova ser o aumento de leucócitos um exame mais eficiente do que a produção de nitrito para a detecção de infecções urinárias.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Laboratório Biovel de Análises e Pesquisas Clínicas, por todos os dados fornecidos para a presente pesquisa.

Referências

1. Marangoni DV, Moreira BM. Infecções do trato urinário. Doenças infecciosas: conduta terapêutica. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 1994.
2. Rieger A, Ferrugem F, Horta G, et al. Prevalência de patógeno bacteriano e susceptibilidade aos antimicrobianos em infecções do trato urinário de amostras ambulatoriais. Rev Bras Anal Clin. 41(1): 87-9, 2009.
3. Vincent CR, Thomas TL, Reyes L, White CL, Canales BK, Brown MB. Symptoms and risk factors associated with first urinary tract infection in college age women: A prospective cohort study. J Urol., 189(3): 904- 10, 2013.
4. Rangel M, Tressa Y, Zago SS. Infecção urinária: do diagnóstico ao tratamento. Colloquium Vitae, jan/jun 2013 5(1): 59-67.
5. Nangino GO, Oliveira CD, Correia PC, Machado NM, Dias AT. Impacto financeiro das infecções nosocomiais em unidades de terapia intensiva em hospital filantrópico de Minas Gerais. Rev Bras Ter Intensiva. 2012; 24(4):357-361.
6. Palou J, Pigrau C, Molina I, Ledesma JM, Angulo J. Etiology and sensitivity of uropathogens identified in uncomplicated lower urinary tract infections in women (ARESC Study): Implications on empiric therapy. Med. Clin. (Barc.). 136(1): 16-7, 2011.
7. Improvement and Management Subcommittee on Urinary Tract Infection Steering Committee on Quality. Management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. Pediatrics.128:595 e610. 2011.
8. Tanu Singhal. Urine analysis and urine culture: Revisited. Pediatr Infect Dis. 4(4): 178-82, 2012.
9. Silvia CHPM; Protocolos de Microbiologia Clínica, parte 3 - Urocultura. 88 ed., editora News Lab. Vila Velha. 2008.
10. Muller EV, Santos DF, Corrêa NAB. Prevalência de Microrganismos em Infecções do Trato Urinário de Pacientes atendidos no laboratório de análises clínicas da Universidade Paranaense – Umuarama - PR. Rev Bras Anal Clin. 40 (1): 35-7, 2008.
11. Ramos TZ, Pizzolitto EL, Pizzolitto AC. Uso de Teste com Cloridrato de Trifenil Tetrazólio (CTT) para detecção de bacteriúria sintomática e assintomática. Rev Bras Anal Clin. 2006; 38 (3): 197-99.
12. Hömer R, Kocourek GED, Domingue VO, Rigatti F, Bertoncheli CM, Paraginski GL. Comparação de Método de Triagem para Detecção de Bacteriúria em Amostra do Bairro Maringá e do Hospital Universitário de Santa Maria. Saúde, Santa Maria. 2008; 34 a, (1-2): 16-21.

13. Vieira JMS, Saraiva RMC, Mendonça LCV, Fernandes VO, Pinto MRC, Vieira ABR. Suscetibilidade Antimicrobiana de Bactérias Isoladas de Infecção do Trato Urinário de Pacientes atendidos no Hospital Universitário de Bettina Ferro de Souza, Belém-PA. Rev Bras Anal Clin. 2007; 39 (2): 119 a 121.
14. Costa LC, Belém LF, Silva PMF, Pereira HS, Silvia Júnior ED, Leite TR, et al., Infecções Urinárias em Pacientes Ambulatoriais: Prevalência e Perfil de resistência aos antimicrobianos. Rev Bras Anal Clin. 42 (3): 175-80, 2010.
15. SEMENIUK, H.; CHURCH, D. Evaluation of the leukocyte esterase and nitrite urine dipstick screening tests for detection of bacteriuria in women with suspected uncomplicated urinary tract infections. J Clin Microbiol. 37(9):3051-2, 1999.
16. Sato AF; Svidzinski AE; Consolaro MEL; Boer CG. Nitrito urinário e infecção do trato urinário por cocos gram-positivos Urinary nitrite and urinary-tract infection by gram-positive cocci J Bras Patol Med Lab 41(6):397-404,2005.
17. Souza LF. Prevalência de infecção do trato urinário em pacientes atendidos no Hospital Universitário Alcides Carneiro no período de janeiro a junho de 2013. 45f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2013.
18. Lopes HV, Tavares W. Diagnóstico das infecções do trato urinário. Rev Assoc Med Bras. 51(6): 306-8, 2005.
19. Moura LB, Fernandes MG. A incidência de infecções urinárias causadas por *E. coli*. Rev Olhar Científico – Faculdades Associadas de Ariquemes. 1(2): 411-25, 2010.
20. Braoios A, Turatti TF; Meredija LCS, Campos TRS, Denadai FHM. Infecções do trato urinário em pacientes não hospitalizados: etiologia e padrão de resistência aos antimicrobianos. J Bras Patol Med Lab. 45(6): 449-56, 2009.
21. Corrêa LA, Canalini AF, Matheus WE. Etiologia das infecções do trato urinário. Int Braz J Urol. 29: 7-10, 2003.
22. Roriz-Filho JS, Vilar FC, Mota LM, Leal CL, Pisi PCB. Infecção do Trato Urinário. Medicina (Ribeirão Preto).43(2): 118-25, 2010.
23. Rocha LCA, Carvalhal GF, Monti PR. Exames complementares na infecção do trato urinário. Int. Braz J. Urol. 29: 15-20, 2003.
24. Costal LC, Belém LF, Silva PMF, Pereira, HS, Silva Junior, ED, Leite TR, et al. Infecções urinárias em pacientes ambulatoriais: prevalência e perfil de resistência aos antimicrobianos. Rev Bras Anal Clin. 42(3): 175 – 80, 2010.
25. Martinelli R, Rocha H. Infecção do trato urinário. In: RIELLA, M. C. (Org.). Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrolíticos, 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 490-506, 2003.
26. Yoshida CS, Irie MMT, Pádua RAF, Boer CG, Siquiera VLD, Consolaro MEL. Análise do desempenho da prova de nitritos das tiras reativas de urina para triagem de infecção bacteriana do trato urinário. Rev Bras Anal Clin. 38(4):255-58, 2006.
27. Ávila MLS. Diagnóstico Laboratorial das principais Doenças infecciosas e Auto-Imunes. 2^a edição - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
28. Sobestiansky J, Centenaro F, Mores JT, Marques PPFMB, Barcellos NSED. Uso de Perfis Sorológicos e Bacteriológicos em Suinocultura. Acta Sci Vet. 37:117-28, 2009.
29. Sato AF, Svidzinski AE, Consolaro MEL, Boer CG. Nitrito urinário e infecção do trato urinário por cocos gram-positivos. J Bras Patol Med Laboratorial. 41:397-404, 2005.
30. Richard RC. Diagnóstico de Laboratório Aplicações Clínicas dos Laboratórios. 6^a edição - Rio de Janeiro; Guanabara Koogan, 2009.
31. Mundt LA, Shanahan K. Exame de urina e de fluidos corporais de Graff. 2 ed. Porto Alegre: Editora Artmed, 2012.
32. Strasinger SK, DI Lorenzo MS. Urinálise e Fluídios Corporais. 5 ed. São Paulo: Editora LMP – Livraria Médica Paulista, 2009.
33. Neto OMV. Infecção do trato Urinário. Simpósio- Urgências e Emergências Infecciosas. 36:365-369. Capítulo IV. Simpósio FRMP, Ribeirão Preto: abr/dez, 2003.

Lenir Alves Bortolotto

Endereço para correspondência – Rua: Av. das Torres, n° 500,
Bairro: Loteamento FAG, CEP: 85806-095, Cascavel, PR, Brasil.
E-mail: lenirasb@gmail.com

Denise Michelle Indras – deniseindras@yahoo.com.br

Claudinei Mesquita da Silva – claudineifarmaceutico@hotmail.com

Leyde Daiane de Peder – leydepeder@yahoo.com.br

Enviado em 20 de janeiro de 2016.

Aceito em 30 de agosto de 2016.

Santa Maria, v. 42, n.2, p. 97-105, jul./dez. 2016

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS POTENCIAIS NA FARMACOTERAPIA DE IDOSOS ATENDIDOS EM FARMÁCIA BÁSICA DO SUL DO BRASIL

POTENTIAL DRUG INTERACTIONS IN THE PHARMACOTHERAPY OF ELDERLY ATTENDED IN BASIC PHARMACY IN SOUTHERN BRAZIL

Cristiane Carla Dressler Garske¹, Mariana Portela de Assis², Ana Paula Helfer Schneider³, Ediberto de Oliveira Machado⁴, Lisoni Muller Morsch⁵

RESUMO

Interação medicamentosa indesejável está entre as principais causas dos problemas relacionados aos medicamentos, podendo ocasionar prejuízos na recuperação da saúde do paciente. O objetivo foi investigar a ocorrência de interações medicamentosas na farmacoterapia dos idosos atendidos na Farmácia Básica de Santa Cruz do Sul – RS. Estudo transversal, com coleta de dados entre Agosto a Setembro de 2014, através de entrevista individual. As interações medicamentosas foram obtidas através do software Micromedex® Solutions. Dos 204 regimes terapêuticos analisados, 54,4% continham pelo menos uma interação medicamentosa. A gravidade das interações encontradas foi: menor (n=26), moderada (n=160) e maior (n=45). O Ácido Acetilsalicílico teve a maior prevalência (23,8%) de interações, e Hidroclorotiazida foi o mais prescrito (18,6%). O manejo clínico mais indicado para as interações foi monitorização do paciente (73,6%). A identificação das interações permite tratamentos mais efetivos, menos complicações, racionalidade dos medicamentos, melhorias na qualidade das prescrições e na qualidade de vida dos pacientes.

Descriptores: Idosos; Farmacoterapia; Interações Medicamentosas.

ABSTRACT

The undesirable drug interactions is among the main causes of the problems related to drugs and may cause losses in the recovery of the patient's health. The objective was to investigate the occurrence of drug interactions in the pharmacotherapy of the elderly attended in Basic Pharmacy in Santa Cruz do Sul - RS. Cross-sectional study with data collection from August to September 2014, through individual interviews. Drug interactions were obtained by Micromedex® Solutions software. 54.4% of the 204 therapeutic regimens analyzed had at least one drug interaction. The severity of the interactions found was: minor (n = 26), moderate (n = 160) and major (n = 45). The Aspirin had the highest prevalence (23.8%) of interactions and Hydrochlorothiazide was the most prescribed (18.6%). The most appropriate clinical management of interactions was the patient's monitoring (73.6%). The identification of the interactions allows treatments more effective, fewer complications, rationality of drugs, improvements in the quality of prescriptions and in the quality of patients life.

Descriptors: Elderly; Pharmacotherapy; Drug Interactions.

¹ Graduada em Farmácia pela Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

² Graduada em Farmácia pelo Centro Universitário Univates (UNIVATES), Lajeado, RS, Brasil.

³ Mestre em PPG Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, RS, Brasil.

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

⁵ Mestre em Ciência e Tecnologia Farmacêuticas pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

Introdução

A Organização Mundial de Saúde (OMS) defende que a população idosa crescerá de tal forma, que o Brasil futuramente ocupará o sexto país do mundo com maior número de idosos, podendo alcançar cerca de 15 milhões de pessoas com 60 anos ou mais no ano de 2020¹; passando de 7,4% do total em 2013 para 26,7% do total em 2060². Estima-se que 70% das pessoas idosas fazem uso de medicamentos e cerca de 20% destas consomem em média três medicamentos concomitantes. A polifarmácia, definida como o uso de cinco ou mais medicamentos³, pode propiciar o aumento do uso de medicamentos inadequados, induzindo à subutilização de medicamentos essenciais para o adequado controle de condições prevalentes nos idosos, a possibilidade de erros de administração como os esquecimentos dos horários de administração dos medicamentos prescritos⁴. A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis que requerem a associação de vários medicamentos e a forma como é realizada a assistência à saúde do idoso, por diferentes especialistas que desconhecem o seu histórico medicamentoso, explica em muitas situações a polifarmácia⁵. O idoso encontra desta forma uma barreira para a adesão aos seus tratamentos, na medida em que tornam complexos os esquemas terapêuticos, e a possibilidade da ocorrência de interações medicamentosas e reações adversas⁶.

A interação medicamentosa é a resposta farmacológica ou clínica oriunda da interferência da ação de um determinado medicamento, alimento ou qualquer substância química sobre o efeito de outro medicamento, administrado previamente ou em concomitância ao primeiro^{7,8}. As alterações fisiológicas que ocorrem com o avançar da idade também contribuem para que estas aconteçam em maior proporção, tais alterações referem-se à produção de suco gástrico diminuída, esvaziamento gástrico mais lento, teor de água total menor, teor de tecido adiposo total maior, menor quantidade de proteínas plasmáticas, diminuição da irrigação renal, filtração glomerular e secreção tubular⁹, redução do fluxo sanguíneo e das atividades enzimáticas no fígado¹⁰, entre outras, que podem induzir à manifestação de interações farmacocinéticas, possibilitando a ocorrência de interações medicamentosas que podem aumentar os efeitos indesejados dos medicamentos, acarretar em ineficácia terapêutica e/ou repercutir negativamente na saúde do idoso, acarretando em custos elevados com o tratamento e até mesmo evoluir para o óbito do indivíduo¹¹.

A ocorrência de interações medicamentosas é um dos principais riscos envolvidos no uso de medicamentos por idosos¹². Muitas vezes elas não são identificadas, pois são mascaradas pelas alterações fisiológicas, comorbidades e o grande número de medicamentos usados pelos idosos, sendo algumas vezes confundidas com efeitos adversos próprios de um dos medicamentos utilizados, um agravamento do estado de saúde, um curso normal das comorbidades ou a ineficácia do tratamento¹³. Essa situação evidencia um importante problema de saúde pública que deve ser cuidadosamente acompanhado¹⁴, já que os idosos são mais suscetíveis aos efeitos adversos e às interações medicamentosas¹⁵. Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi investigar a ocorrência das interações medicamentosas potenciais na farmacoterapia utilizada pelos idosos atendidos na Farmácia Básica de Santa Cruz do Sul – RS, em termos de sua prevalência e das características a elas associadas.

Metodologia

Estudo de delineamento observacional e transversal. A população alvo foi constituída de 300 idosos escolhidos aleatoriamente, de ambos os sexos, atendidos na Farmácia Básica de Santa Cruz do Sul – RS, no período de Agosto e Setembro de 2014. Cabe destacar que apenas os regimes terapêuticos foram avaliados não havendo acompanhamento dos idosos os quais foram convidados a participar do estudo no momento da dispensação. Após concordância em participar da pesquisa foi realizada a leitura e assinado o termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul no dia 26/08/14 sob o número 764.946.

Os dados foram coletados mediante entrevista individual com questionário semiestruturado, validado em estudo piloto, contendo dados da farmacoterapia. As possíveis interações medicamentosas entre medicamentos foram verificadas através da base de dados Micromedex® Solutions (2012)¹⁶.

Foram excluídos do estudo (n=96) os regimes terapêuticos que continham menos de dois medicamentos e/ou apresentavam medicamentos não encontrados na base de dados. Foram contabilizadas como interações medicamentosas potenciais, as que apresentavam documentação excelente ou boa quanto ao conhecimento científico existente a seu

respeito e aquelas classificadas segundo o impacto da interação sobre o paciente em níveis de gravidade contraindicado, importante (maior), moderada e secundária (menor), sendo considerado sem interação medicamentosa quando a documentação era classificada como razoável ou desconhecida. Posteriormente os dados foram digitados no Microsoft Excel® 2013 e analisados no software SPSS versão 20.0 ano 2011 (*Statistical Package for the Social Sciences 20.0*).

Resultados

Nos 204 regimes terapêuticos pesquisados foram encontrados 797 medicamentos, apresentando uma média de 3,9 medicamentos por idoso. O número de medicamentos utilizado pelos idosos variou de 2 a 11, sendo que 32,3% faziam uso de cinco ou mais medicações, caracterizando como polifarmácia. Os medicamentos mais utilizados pelos idosos foram os relacionados aos problemas do sistema cardiovascular (42,9%) seguido dos que atuavam no sistema nervoso central (20,9%). Constatou-se que 54,4% das prescrições médicas (n=111) continham pelo menos uma interação medicamentosa potencial. Na Tabela 1 está descrita a relação entre o número de medicamentos prescritos e presença de interações medicamentosas.

Tabela 1 - Relação entre o número de medicamentos prescritos e presença de interações

Número de medicamentos por prescrição médica	Número de idosos	Número de prescrições médicas com interação	% de interações medicamentosas
Até 5	172	83	48,8
De 6 a 10	31	27	87,1
Mais de 10	1	1	100
Total	204	111	-

No Quadro 1 estão descritas as interações medicamentosas potenciais encontradas, prevalência e classificação de acordo com a sua gravidade e os efeitos que podem causar no paciente.

Quadro 1 - Interações medicamentosas potenciais de acordo com a sua gravidade

Interação medicamentosa	Prevalência	Mecanismo/Efeito
Interação Secundária (Menor) n=26		
Alendronato de Sódio + Carbonato de Cálcio	12	Pode reduzir a absorção do Alendronato de Sódio.
Diazepam + Fluoxetina	6	Pode resultar em maiores concentrações séricas de Diazepam.
Diazepam + Omeprazol	5	Pode prolongar ou aumentar os efeitos do Diazepam.
Atenolol + Carbonato de Cálcio	2	Pode reduzir a eficácia do Atenolol.
Amitriptilina + Fenobarbital	1	Pode diminuir as concentrações séricas de Amitriptilina.
Interação Moderada n=160		
Captopril + Hidroclorotiazida	15	Pode resultar em hipotensão postural (primeira dose).
Enalapril + Hidroclorotiazida	14	Pode resultar em hipotensão postural (primeira dose).
Levotiroxina + Sinvastatina	14	Pode diminuir a eficácia de Levotiroxina.

Continua...

Interação medicamentosa	Prevalência	Mecanismo/Efeito
Ácido Acetilsalicílico + Hidroclorotiazida	10	Pode diminuir a eficácia do diurético e anti-hipertensivo.
Ácido Acetilsalicílico + Succinato de Metoprolol	9	Pode diminuir o efeito anti-hipertensivo.
Levotiroxina + Omeprazol	9	Pode aumentar os níveis de TSH.
Ácido Acetilsalicílico + Captopril	6	Pode diminuir a eficácia do Captopril.
Ácido Acetilsalicílico + Enalapril	6	Pode diminuir a eficácia do Enalapril.
Amitriptilina + Diazepam	6	Pode resultar em déficits psicomotores (tempo de reação, diminuição, decréscimo da vigilância).
Metformina + Succinato de Metoprolol	6	Pode resultar em hipoglicemia ou hiperglycemia.
Ibuprofeno + Hidroclorotiazida	5	Pode diminuir a eficácia do diurético e anti-hipertensivo.
Interação Importante (Maior) n=45		
Ácido Acetilsalicílico + Fluoxetina	7	Risco aumentado de hemorragia.
Anlodipino + Sinvastatina	4	Pode resultar em aumento da exposição invastatina e risco aumentado de miopatia, incluindo rabdomiólise.
Enalapril + Espironolactona	3	Pode resultar em hipercalemia.
Fluoxetina + Propranolol	3	Pode resultar em aumento do risco de toxicidade propranolol, incluindo bloqueio cardíaco completo.

Na Tabela 2 apresenta a relação dos fármacos (n=10) que mais frequentemente apresentaram interações medicamentosas.

Tabela 2 - Fármacos mais envolvidos em interações medicamentosas potenciais

Fármaco	Número de regimes terapêuticos	Prevalência de interação nos regimes terapêuticos	%
Ácido Acetilsalicílico	29	55	23,8
Hidroclorotiazida	38	50	21,6
Enalapril	25	30	13,0
Captopril	22	26	11,2
Levotiroxina	20	23	9,9
Sinvastatina	23	25	10,8
Fluoxetina	16	22	9,5
Omeprazol	15	16	6,9
Diazepam	14	19	8,2
Carbonato de Cálcio	13	16	6,9

A quantidade de interações medicamentosas encontradas por regime terapêutico independentemente do número de medicamentos prescritos variou de 01 a 10, 50,5% e 1,8% dos pacientes, respectivamente.

O manejo clínico sugerido pelas fontes terciárias¹⁶ para evitar ou lidar com as interações e seus percentuais de frequência estão descrito na Tabela 3.

Tabela 3 - Manejo clínico para as interações medicamentosas encontradas e sua frequência

Manejo clínico	Frequência
Monitorização do paciente	170 (73,6%)
Ausência de precauções	25 (10,8%)
Alteração de intervalo de administração	21 (9,1%)
Ajuste de dose	8 (3,5%)
Troca ou suspensão de um medicamento	7 (3,0%)

Discussão

A média de medicamentos (3,9) utilizados por paciente neste estudo também está próxima da média encontrada (2,8) no estudo em Vitória da Conquista/BA¹⁷ em prescrições da atenção primária, e em estudo realizado com usuários de antidepressivos que retiravam seus medicamentos na Unidade Básica de Saúde do município de São José do Inhacorá/RS¹⁸, onde a média de medicamentos foi 4,03. O risco da ocorrência de interações medicamentosas aumenta com o aumento do número de medicamentos prescritos¹⁹. Em relação aos medicamentos mais utilizados pelos idosos, 42,9% estão relacionados aos problemas do sistema cardiovascular, sendo estes dados similares aos encontrados em outros estudos com idosos, 48,1% no sul de Santa Catarina²⁰ e 38,4% em Hospital Universitário do Rio Grande do Sul²¹. Os medicamentos cardiovasculares têm sido amplamente utilizados pelos idosos já que as doenças cardiovasculares vêm liderando as causas de morbimortalidade nesses indivíduos²².

Quanto ao número de medicamentos utilizados pelos idosos, 32,3% deles faziam uso de cinco ou mais medicamentos, resultado inferior aos achados em Hospital Universitário do Rio Grande do Sul²¹ e em estudo realizado com idosos institucionalizados em uma cidade de Minas Gerais²³, onde a prevalência de polifarmácia em idosos foi de 48,6% e 67,2%, respectivamente. A maior prevalência de enfermidades crônicas degenerativas nos idosos resulta na prática da polifarmácia, que impacta na segurança e qualidade de vida dessas pessoas, desencadeando reações adversas a medicamentos e ocasionando impactos na capacidade funcional do idoso em decorrência de interações medicamentosas^{24,25}.

No estudo foram encontrados até 11 medicamentos por prescrição médica. Esse resultado é menor do que o encontrado no inquérito realizado em 577 idosos na cidade do Rio de Janeiro/RJ²⁶ onde o número de medicamentos variou de 0 a 24, e aproxima-se do estudo realizado na cidade de Porto Alegre/RS com idosos residentes em instituição de longa permanência, onde o número de medicamentos utilizados foi de 0 a 13²⁷. Os principais objetivos da associação medicamentosa são os de potencializar os efeitos terapêuticos, diminuir efeitos colaterais, diminuir doses terapêuticas, prevenir resistência, obter ações múltiplas e amplas, e proporcionar maior comodidade para o paciente. Entretanto, a maioria das associações ocorre inadvertidamente, em situação de politerapia, sendo danosa ao organismo²⁸.

Muitos estudos realizados sobre interações medicamentosas são referentes a determinadas classes terapêuticas e geralmente realizados em pacientes hospitalizados, no entanto, encontram resultados semelhantes aos estudos realizados na atenção primária, com grande número de tratamentos medicamentosos apresentando interações entre os medicamentos. Cita-se o estudo realizado em pacientes internados em hospital do sudoeste da Bahia²⁹ onde 46,5% das prescrições analisadas apresentaram pelo menos uma interação medicamentosa potencial, comparado a um estudo já citado anteriormente, realizado em Vitória da Conquista, do mesmo Estado, que encontrou frequência de interações medicamentosas nas prescrições de 48,9%, com média de 0,80 interações por prescrição¹⁷, aproximando-se do encontrado neste estudo que foi de 54,4% das prescrições médicas contendo pelo menos uma interação medicamentosa potencial. Neste estudo o número de medicamentos prescritos impactou na quantidade de interações, corroborando com o encontrado no estudo realizado em idosos hipertensos, na cidade de Ribeirão Preto/SP, onde o número de interações medicamentosas foi diretamente proporcional ao número de medicamentos³⁰.

As interações medicamentosas potenciais podem ser classificadas de acordo com a gravidade como: contraindicada, quando os medicamentos são contraindicados para uso concomitante; importante ou maior, quando a interação pode representar perigo à vida e/ou requerer intervenção médica para diminuir ou evitar efeitos adversos graves; moderada, quando a interação pode resultar em exacerbação do problema de saúde do paciente e/ou requerer uma alteração no tratamento; secundária ou menor, quando a interação resultaria em efeitos clínicos limitados. As manifestações podem incluir um aumento na frequência ou gravidade dos efeitos colaterais, mas geralmente não requerem uma alteração importante no tratamento; e desconhecida, quando o efeito é desconhecido¹⁶.

As interações medicamentosas em potencial com gravidade moderada apresentaram maior prevalência, contrariando estudo realizado com usuários de antidepressivos que retiravam seus medicamentos em Unidade Básica de Saúde no interior do Rio Grande do Sul, no qual prevaleceram as interações com gravidade maior¹⁸. Destaca-se a Hidroclorotiazida associada ao Enalapril que pode resultar em hipotensão postural¹⁶, definida como uma queda na pressão sistólica de ao menos 20 mmHg, ou por queda da pressão diastólica de 10 mmHg após o indivíduo levantar-se³¹. Este efeito leva a uma maior fragilidade física nos idosos, podendo aumentar o perfil de mortalidade deste grupo etário³. Em estudo realizado na Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto/SP com 40 idosos, os fármacos Hidroclorotiazida e o Ácido Acetilsalicílico foram os mais prevalentes e este último como o responsável pela maioria das interações³⁰, corroborando com o encontrado nesse estudo. O ácido acetilsalicílico, tem sido utilizado há muito tempo em idosos, na prevenção de eventos trombolíticos³².

No estudo, dois idosos chegaram a apresentar até dez interações medicamentosas e cinquenta apresentaram pelo menos uma interação. As interações medicamentosas são consideradas erros de medicação, com risco de dano em função da sua ocorrência, tornando-se relevante identificar a natureza e determinantes destes erros, como forma de encaminhar ações preventivas³³. Destaca-se a importância da adoção de procedimentos de manejo clínico a fim de evitar ou reduzir a intensidade das interações medicamentosas durante a condução do tratamento terapêutico. Na prática assistencial as interações medicamentosas são determinadas, muitas vezes, pela condição clínica dos pacientes³⁴. No caso do idoso, pela complexidade da farmacoterapia e múltiplas patologias, é geralmente indicado o uso concomitante de fármacos, mas para garantir uma farmacoterapia segura e efetiva é importante que a equipe de saúde saiba identificar as interações e reconhecer as estratégias de monitorização³⁵.

Na maioria dos países desenvolvidos a Atenção Farmacêutica já é realidade e tem demonstrado ser eficaz na redução de agravamento dos portadores de patologias crônicas e de custos para o sistema de saúde. No entanto, no Brasil esta prática ainda é incipiente e alguns fatores dificultam sua implantação. Apesar de haver estudos demonstrando que a intervenção farmacêutica por meio de ações educativas e de aconselhamento sobre regime terapêutico trazem benefícios à saúde do paciente e para o processo de promoção da saúde^{36,37}, ainda sofremos de carência de documentação científica que possibilite demonstrar aos gestores dos sistemas de saúde que a inserção deste profissional representa investimento e não custo.

Considerações Finais

As interações medicamentosas podem ocasionar vários problemas à farmacoterapia do idoso como reduzir absorção, concentrações e eficácia, causar toxicidade e risco aumentado de hemorragias, resultar em efeitos maiores e prolongados, resultar em hipotensão postural, interferirem em exames laboratoriais, resultar em déficits psicomotores, hipoglicemia, hiperglicemia, miopia, rabdomílose, hipercalemia, entre outros, comprometendo o tratamento e a segurança do idoso, interferindo na sua funcionalidade e na sua qualidade de vida. Mesmo que nem todas as interações medicamentosas possam ser prevenidas, a propagação do conhecimento entre os profissionais de saúde, constitui um dos principais instrumentos de prevenção, visando sempre a otimização dos regimes terapêuticos e o uso racional de medicamentos. Desta forma, é de suma importância o conhecimento das influências que um fármaco pode exercer sobre o outro quando utilizados concomitantemente, sendo a administração correta dos medicamentos um fator determinante para minimizar ou evitar a interação medicamentosa.

Desta maneira, este estudo, tornou-se uma ferramenta importante para o planejamento de ações na farmácia municipal em prol da melhor qualidade de vida desses idosos. Entre as ações desenvolvidas destacam-se, a capacitação da equipe responsável pela dispensação dos medicamentos e a orientação farmacêutica realizada aos idosos, visando identificação de potenciais interações medicamentosas. Uma limitação deste estudo, foi que o local onde foi desenvolvida a pesquisa, ocorre apenas a dispensação de medicamentos e não a prescrição dos mesmos, dificultando o acesso aos prescritores.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
2. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Internet]. 2010. [acesso em 2016 fevereiro 04]. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>.
3. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. Rev Bras Enfer, Brasília. 2010;63(1):136-40.
4. Corrêa LM, Rodrigues C, Macedo LC. Avaliação farmacoterápica em pacientes de uma instituição geriátrica da região centro - ocidental do Paraná, Brasil. SaBios: Rev. Saúde e Biol.2016; 11(1):22-30.
5. Carvalho MFC, Romano-Liber NS, Bergsten-Mendes G, Secoli SR, Ribeiro E, Lebrão ML, Duarte YAO. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo – Estudo SABE. Rev Bras Epidemiol. 2012;15(4):817-27. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415790X2012000400013 doi: 10.1590/S1415-79X2012000400013.
6. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio FS. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. Rev Saúde Pública 2008;42:724-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102008000400020&lng=en. doi:10.1590/S0034-89102008005000031.
7. Mibielli P, Rozenfeld S, Matos GC, Acurcio FA. Interações medicamentosas potenciais entre idosos em uso dos anti-hipertensivos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do Ministério da Saúde do Brasil. Cad.Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2014;30(9):1947-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/0102-311X-csp-30-9-1947.pdf>. doi: 10.1590/0102-311X00126213.
8. Moura C, Acurcio F, Belo N. Drug-drug interactions associated with length of stay and cost of hospitalization. J Pharm Pharmaceut Sci 2009;12(3):266-72.
9. Bisson MP. Farmácia clínica & atenção farmacêutica. 2. ed. Rev. e atual. São Paulo: Manole. 2007;p.371.
10. Araújo RC. Interações Medicamentosas no Idoso. In: Silva P. Farmacologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002;p. 162-5.
11. Monteiro SCM, Belfort IKP, Sousal WR, Barros CS, Campos KVS. Estudo de potenciais interações medicamentosas em pacientes hipertensos. Infarma Ciências Farmacêuticas. 2015;27(2):117-25. Dsiponível em: [http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path\[\]](http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path[])=723. doi: 10.14450/2318-9312.
12. Kawano DF, PereirA LRL, Ueta JM, Freitas O. Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los? Rev Ciênc Farmacêut. 2006;42(4):487-95. Dsiponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v42n4/a03v42n4.pdf>. doi: 10.1590/S151693322006000400003.
13. Beyth RJ & Shorr RI. Uso de medicamentos. In Duthie EH & Katz PR. Geriatria prática (3^a ed.).2002;Ed. Revinter, Rio de Janeiro.
14. Varallo FR, Costa MA, Mastroianni PC. Potenciais interações medicamentosas responsáveis por interações hospitalares. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2013; 34(1):79-85.
15. Bechi VS. Atenção Farmacêutica: uso racional de medicamento na rede pública pelos idosos. Facider Revista Científica, Colider. 2015;(nº7).
16. MICROMEDEX® Solutions. [Internet]. Acessado: 2016 Janeiro 20. Disponível em: <http://www-micromedexsolutions.com.ez127.periodicos.capes.gov.br/micromedex2/librarian>.
17. Leão DFL, Moura CS, Medeiros DS. Avaliação de interações medicamentosas potenciais em prescrições da atenção primária de Vitória da Conquista (BA), Brasil. Ciência&Saúde Coletiva. 2014;19(1):311-18. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v19n1/1413-8123-csc-19-01-00311.pdf>. doi: 10.1590/1413-81232014191.2124.
18. Schenkel M, Simão J, Schwanbach KH, Colet CF. Intereração medicamentosa em usuários de antidepressivos do sistema público de um município do sul do Brasil. Ciência&Saúde.2015;8(3): 107-14.
19. Marquito AB, Fernandes NMS, Colugnati FAB, Paula RB. Interações medicamentosas potenciais em pacientes com doença renal crônica. J Bras Nefrol. 2014;36(1):26-34. Dsiponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/v36n1/0101-2800-jbn-36-01-0026.pdf>. doi: 10/5935/0101-2800.20140006.
20. Bagatini F, Blatt CR, Maliska G, Trespass GV, Pereira IA, Zimemermann AF, et al. Potenciais interações medicamentosas em pacientes com artrite reumatoide. Rev Bras Pneumtol 2011;51(1): 20-39. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S048250042011000100003. doi: 10.1590/S0482-50042011000100003.

21. Gauterio DP, Santos SSC, Strapasson CMS, Vidal DAS, Piexak DR. Uso de medicamentos por pessoas idosas na comunidade: proposta de ação de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2013;66(5):702-8. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267028883010.pdf>. doi: 10.1590/S0034-71672013000500010.
22. Ferreira CCC, Peixoto MRG, Barbosa MA, Silveira EA. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em idosos usuários do Sistema Único de Saúde de Goiânia. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(5): 621-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001500010. doi: 10.1590/S0066-782X2010005000141.
23. Fochat RC, Horsth RBO, Sette MS, Raposo NRB, Chicourel EL. Perfil de utilização de medicamentos por idosos frágeis institucionalizados na Zona da Mata Mineira, Brasil. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2012; 33(3):447-54.
24. Varallo FR, Ambiel ISS, Nanci LO, Galduroz JCF, Mastroianni PC. Assessment of pharmacotherapeutic safety of medical prescriptions for elderly residents in a long-term care facility. *Braz J Pharm Sci* 2012;48(3):477-85. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502012000300015. doi: 10.1590/S1984-82502012000300015.
25. Oliveira MG, Amorim WW, Rodrigues VA, Passos LC. Access of Brazilian elders to potentially inappropriate medications. *Rev APS.* 2011;14(3):258-65.
26. Mibielli P, Rozenfeld S, Matos GC, Acurcio FA. Interações medicamentosas potenciais entre idosos em uso de anti-hipertensivos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do Ministério da Saúde do Brasil. *Cad Saúde Pública,* Rio de Janeiro. 2014;30(9):1947-56. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n9/0102-311X-csp-30-9-1947.pdf>. doi: 10.1590/0102-311X00126213.
27. Gerlack LF, Cuentro VS, Estrela MFB, Karnikowski MGO, Pinho DLM, Bós AJG. Interações medicamentosas na farmacoterapia prescrita a idosos residentes em uma instituição de longa permanência brasileira. *Estud. Interdiscipl. Envelhec.*, Porto Alegre. 2014;19(2):439-52.
28. Osório de Castro CGS. Interações medicamentosas. In: Fuchs FD, Wannmacher L. Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional. 4^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koognan;2010.
29. Piedade DV, Silva LAF, Lemos GS, Júnior GLV, Lemos LB. Interações medicamentosas potenciais em prescrições, contendo antimicrobianos de uso restrito, de pacientes internados em um hospital no interior da Bahia. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2015;48(3):295-307.
30. Pinto NBF, Vieira LB, Pereira FMV, Reis AMM, Cassiani SHB. Interações medicamentosas em prescrições de idosos hipertensos: prevalência e significância clínica. *Rev enferm UERJ.* Rio Janeiro. 2014;22(6):785-91.
31. Metzler M, Duerr S, Granata R, Krismer F, Robertson D, Wenning GK. Neurogenic orthostatic hypotension: pathophysiology, evaluation, and management. *J Neurol.* 2013;260:2212-9.
32. Ansara Aj, Nilsy AS, Arif AS, Koehler JM, Nordmeyer ST. Aspirin dosing for the prevention and treatment of ischemic stroke: an indication-specific review of the literature. *Ann Pharmacother.* 2010;44: 851-62. Disponível em: http://digitalcommons.butler.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1040&context=cophs_papers. doi: 10.1345/aph.1M346.
33. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, tecnologia e Insumos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010.2º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
34. Reis AM, Cassiani SH. Evaluation of three brands of drug interaction software for use in intensive care units. *Pharm World Sci.* 2010;32: 822-8.
35. Pinto NBF, Vieira LB, Pereira FMV, Reis AMM, Cassiani SHB. Interações medicamentosas em prescrições de idosos hipertensos: prevalência e significância clínica. *Rev Enferm UERJ,* Rio de Janeiro. 2014;22(6):735-41. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n6/v22n6a02.pdf>. doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2014.7111>.
36. Partata AK, Alves LK, Alves AJ. Atuação do farmacêutico na promoção e restauração da saúde de pacientes idosos que fazem uso de polimedicação. *Rev ITPAC.* 2010;3(2):5-15.
37. Costa EM, Rabelo ARM, Lima JG. O farmacêutico na promoção da saúde e prevenção de agravos. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2014;35(1):81-8.

Cristiane Carla Dressler Garske

Endereço para correspondência – Rua: Manaus, n° 685, Ap 219, Bloco E,
Bairro: Vila Schulz, CEP: 96845500, Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

E-mail: crisdressler2005@yahoo.com.br

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7469653524983533>

Mariana Portela de Assis – portela1311@yahoo.com.br

Ana Paula Helfer Schneider – anahelper@unisc.br

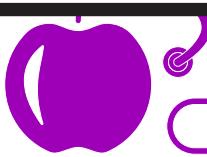
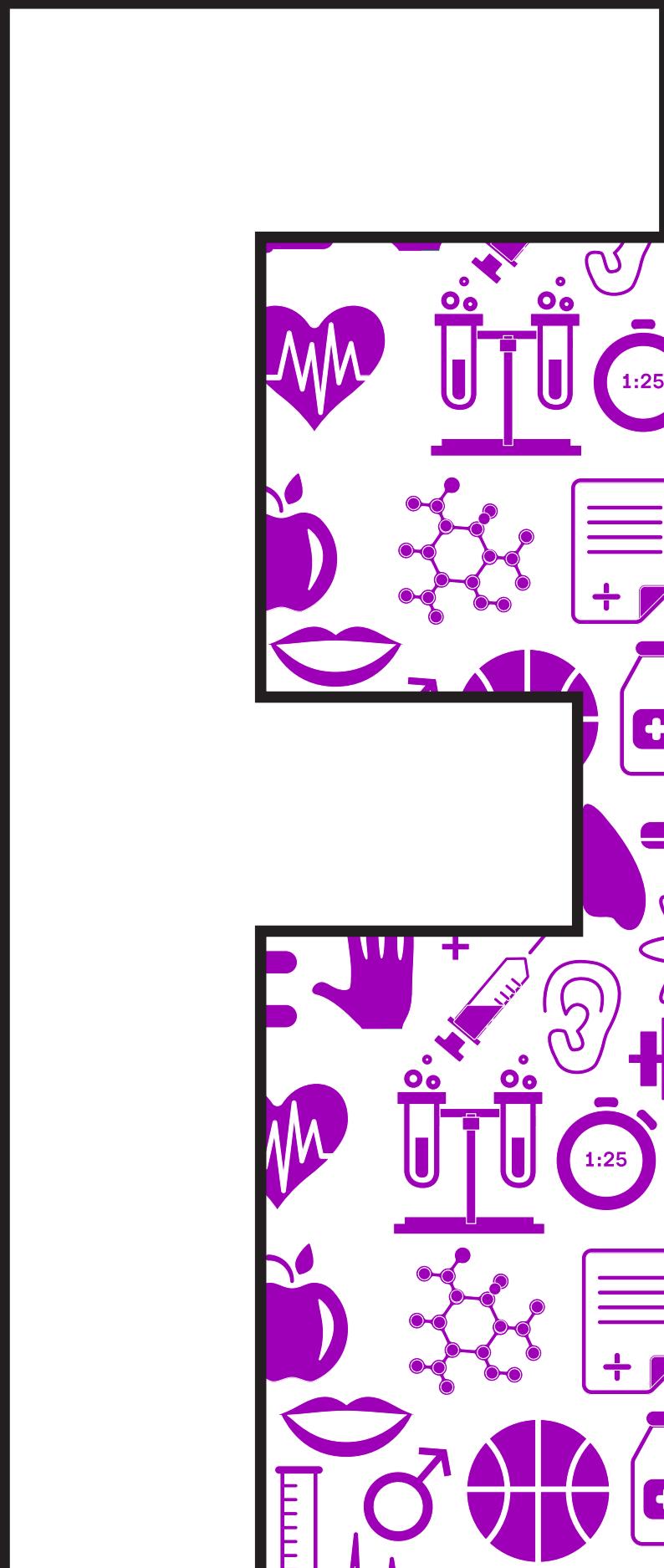
Ediberto de Oliveira Machado – emachado@unisc.br

Lisoni Muller Morsch – lmorsch@unisc.br

Enviado em 09 de abril de 2016.

Aceito em 26 de julho de 2016.

FISIOTERAPIA



Santa Maria, v. 42, n.2, p. 107-114, jul./dez. 2016

EFEITOS DE UM PROGRAMA DE GINÁSTICA LABORAL SOBRE SINTOMAS DE DOR E FADIGA EM TRABALHADORES

LABOR GYMNASIC'S EFFECTS ON PAIN AND FATIGUE SYMPTOMS IN WORKERS

Carolina Franciscatto¹, Juliana Costa da Rocha¹, Simone Lara²

RESUMO

Objetivo: Avaliar os efeitos de um programa de ginástica laboral sobre os sintomas de dor e fadiga em servidores públicos municipais. Metodologia: O estudo ocorreu durante 08 semanas, onde participaram 23 trabalhadores, divididos em Grupo 1 (G1), que receberam palestras gerais em saúde e Grupo 2 (G2), que participaram do programa de Ginástica Laboral. Foram avaliados, antes e após intervenção, os sintomas de fadiga (questionário de Yoshitake), e os sintomas de dor cervical e lombar (Índice de Incapacidade do Pescoço ou IPP e Roland Morris, respectivamente). Foram utilizadas análises descritivas, teste t de student pareado e teste Wilcoxon. Resultados: Houve redução de sintomas associados às dores cervicais e à fadiga no G2, o que não ocorreu no G1. Conclusão: O estudo evidenciou um impacto positivo de um programa de ginástica laboral na redução de dor e sintomas de fadiga em uma amostra de trabalhadores.

Descriptores: Saúde do Trabalhador; Fadiga; Cervicalgia; Dor Lombar.

¹ Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Uruguaiana, RS, Brasil.

² Doutora em Educação em Ciências: Química da vida e saúde pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To investigate the effects of a Labor Gymnastic's program on pain and fatigue symptoms in municipal public workers. Methodology: Study occurred during 08 weeks, and 23 participants were included, divided into group 1 (G1), which received health general lectures and group 2 (G2), which participated the Labor Gymnastic's program. Fatigue symptoms (Yoshitake questionnaire), and cervical and lumbar pain symptoms (Neck Disability Index and Roland Morris questionnaire, respectively) were assessed before and after intervention. Descriptive analyses, paired t-test and Wilcoxon test were performed. Results: There was a reduction of cervical pain symptoms and fatigue symptoms only in G1. Conclusion: The study showed a positive impact of a Labor Gymnastic's program in reducing pain and fatigue symptoms in this sample.

Descriptors: Occupational Health; Fatigue; Neck Pain; Low back Pain.

Introdução

As afecções osteomusculares vêm aumentando nos trabalhadores dos vários setores da economia no Brasil, sendo consideradas como um preocupante problema de saúde devido as repercussões causadas à sociedade¹. Nesse contexto, a exposição às diversas condições de trabalho pode gerar demandas no trabalhador, resultando no surgimento de doenças relacionadas ao trabalho².

Os distúrbios do sistema musculoesquelético no trabalho ocorrem, frequentemente, quando a demanda física do trabalho excede a capacidade física do trabalhador³. A adoção de posturas ocupacionais inadequadas, esforço repetitivo, trabalhos com cargas e períodos elevados, ausência de intervalos e inadequação ergonômica são fatores que contribuem para o desenvolvimento das doenças ocupacionais⁴. Adicionalmente, uma experiência de cansaço, desgosto pela atividade atual e falta de vontade para continuar resultam na situação de fadiga do trabalhador⁵.

Considerando que as disfunções ocupacionais possuem, como características comuns, a dor crônica e o desgaste de estruturas do sistema musculoesquelético⁶, torna-se relevante a construção de estratégias que tenham como enfoque a promoção da saúde do trabalhador. Sob essa perspectiva, promover o bem estar dos trabalhadores é de suma importância para assegurar uma maior produtividade e qualidade no trabalho e maior satisfação na vida familiar e pessoal⁷.

Sob esse olhar, uma das estratégias para essa finalidade é o desenvolvimento de programas de ginástica laboral, que representam uma atividade física realizada durante a jornada de trabalho, incluindo exercícios de compensação aos movimentos repetitivos ou a posturas desconfortáveis assumidas durante o período de trabalho⁸. A ginástica laboral visa a prevenção e a promoção da saúde do trabalhador através de reeducação das posturas solicitadas no ambiente de trabalho, por prevenir as doenças ocupacionais e por minimizar a fadiga ocasionada pela execução das atividades de trabalho⁹.

Com base no exposto, o objetivo desse estudo foi avaliar a influência de um programa de ginástica laboral sobre os sintomas de dor e de fadiga em uma amostra de servidores públicos municipais.

Metodologia

Trata-se de um estudo de intervenção e quantitativo, no qual foram convidados a participar 40 servidores públicos municipais, em atividades laborais alocados na Secretaria Municipal de Indústria, Comércio, Turismo e Trabalho, na Prefeitura Municipal de Uruguaiana. O estudo ocorreu no período de abril à junho de 2015. Os critérios de inclusão do estudo foram: aceitar voluntariamente participar do trabalho e ter frequência mínima de 75% de participação do projeto. Os critérios de exclusão foram: gestantes e profissionais com previsão de afastamento durante o período do estudo.

Após a análise desses critérios, 10 trabalhadores não integraram a proposta devido à afastamento do trabalho no momento do estudo e 07 servidores decidiram não participar. Assim, participaram efetivamente do estudo 23 servidores, divididos aleatoriamente em dois grupos, constituindo o Grupo 1 (G1) e o Grupo 2 (G2). O G1 (N=12) recebeu apenas palestras gerais em saúde e o G2 (N=11) participou do programa de ginástica laboral. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal do Pampa (número 939.616 em 27/01/2015), e os interessados em participar, após explanação prévia do projeto pelos pesquisadores, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O G1 e o G2 foram avaliados e reavaliados por meio de um protocolo, incluindo:

- Questionário sobre os dados pessoais – os trabalhadores responderam dados sobre o sexo e a idade;
- Questionário de Fadiga proposto por Yoshitake – Instrumento que investiga a presença de fadiga, composto por questões fechadas e semi-abertas, sendo de fácil aplicação¹⁰. Apresenta três subgrupos de sintomas de mal-estar, relacionados a sentimentos gerais de incongruïdade, cansaço mental e sensações específicas de cansaço¹¹. O questionário consta de 10 questões em cada domínio, totalizando 30 questões, no qual o maior escore obtido a partir dessa ferramenta é 30, caracterizando grau máximo de fadiga/mal estar¹¹;

- Índice de Incapacidade do Pescoço (IPP) - Instrumento que avalia a incapacidade e a dor na coluna cervical¹². É formado por dez itens, e cada um é composto por seis alternativas de resposta que se referem a uma atividade de vida diária, com exceção da questão cinco, sobre cefaléia. As alternativas, numeradas de zero à cinco, descrevem graus crescentes de interferência da dor cervical sobre a realização da atividade questionada. O cálculo dos escores é obtido pela soma dos pontos e subsequente conversão do resultado em um valor percentual, sendo considerados apenas os itens respondidos pelo indivíduo¹³;

- Questionário Roland Morris – Instrumento que avalia a interferência da lombalgia na função do indivíduo, e consiste de 24 itens que descrevem situações de vida diária que podem ser influenciadas por dores lombares. Escores mais altos indicam maior incapacidade¹⁴.

Após a avaliação, o G2 participou do protocolo de ginástica laboral, durante 08 semanas, sendo 24 encontros, com frequência de três vezes por semana e duração de 50 minutos cada encontro. Cabe ressaltar que o setor disponibilizou o período de 50 minutos para a realização dos encontros com os trabalhadores, uma vez que frequentemente tais encontros dos programas de ginástica laboral ocorrem em um período menor de tempo.

O protocolo de ginástica laboral consistiu em alongamentos corporais¹⁵ (quadro 1), e exercícios ativos para membros superiores e inferiores, coluna cervical e lombar, cintura escapular e pélvica¹⁶ (quadro 2).

Quadro 1 - Protocolo de alongamentos

Objetivo	Descrição
Alongar musculatura cervical	Inclinação lateral da cabeça, mantendo por 15 segundos (para cada lado).
Alongar musculatura clavicular e deltoides	Extensão de ombro, flexão de punho (mãos entrelaçadas na altura de coluna lombar), mantendo 15 segundos.
Alongar musculatura coluna lombar	Flexão de tronco, ombros em flexão, encostar mãos próximas aos pés, mantendo 15 segundos.
Alongar flexores laterais de tronco	Em semiflexão de joelhos, membros superiores em flexão de ombros (mãos entrelaçadas em cima da cabeça, realizar flexão lateral de tronco, mantendo a posição por 15 segundos (para cada lado).
Alongar musculatura de peitorais	Em pé, em extensão de ombros, com mãos entrelaçadas na altura de coluna lombar, manter a postura por 15 segundos.
Alongar flexores de quadril	Realizar flexão máxima de joelhos, mantendo por 15 segundos cada perna.
Alongar isquiotibiais e tríceps sural	Em pé, realizar flexão máxima de tronco, mantendo por 15 segundos.

Fonte: Clemenceau, 2012.

Quadro 2 - Protocolo de exercícios

Exercício/Objetivo	Descrição
Exercícios de mobilidade da coluna cervical	Em pé, com os membros superiores dispostos ao longo do corpo, realiza flexão e extensão de coluna cervical (3 séries de 8 repetições). Após esse exercício, seguindo mesma posição inicial, realizar inclinação lateral de coluna cervical (3 séries de 5 repetições para cada lado).

Continua...

Exercício/Objetivo	Descrição
Exercício para flexores de cotovelo	Em pé, com antebraço em supinação, realizar flexão/extensão de cotovelos (3 séries de 8 repetições).
Exercício de prono-supinação	Em pé, com os 90° de abdução de ombro, realizar movimento de supinação de antebraço, seguido de pronação (3 séries de 8 repetições).
Exercício de mobilidade para cintura escapular, coluna vertebral e membros superiores	Em pé, com os membros superiores dispostos ao longo do corpo, realizar circundução de coluna cervical, alternada por abdução de ombro em 180° (3 séries de 5 repetições para cada movimento).
Exercício para mobilidade de tronco (rotação)	Em pé, com tronco e cabeça alinhados, com as mãos na cintura, realizar rotação de tronco (3 séries de 5 repetições para cada lado).
Exercício de mobilidade escapular	Em pé, com ombro em 90° de abdução e cotovelos fletidos, realizar retração escapular (3 séries de 8 repetições).
Exercício de mobilidade de tronco (lateral)	Em pé, com os membros superiores ao longo do corpo, realizar inclinação lateral, somado de abdução à 180° de membro superior contralateral (3 séries de 5 repetições para cada lado).
Exercício de mobilidade de punho	Em pé, com cotovelos fletidos à 90°, realizar flexão e extensão de punho (3 séries de 8 repetições).
Exercício de agachamento	Em pé, com tronco alinhado e mãos na cintura, realizar flexão e quadril e joelho, mantendo pés fixos ao solo (3 séries de 8 repetições).
Exercício de planti/dorsiflexão	Sentado, com joelhos estendidos, realizar movimento de plantiflexão, seguido de dorsiflexão (3 séries de 8 repetições).

Fonte: Polito e Bergamaschi, 2002.

O G1 participou de um programa de educação em saúde por meio de temas relacionados à promoção da saúde no ambiente laboral, com duração aproximada de 15 minutos, descrito no quadro 3.

Quadro 3 - Temas de educação em saúde

Período	Tema
2ª semana	Relevância da aquisição de hábitos saudáveis para a saúde do trabalhador
4ª semana	Importância da atividade física para a saúde do trabalhador
6ª semana	Prevenção de doenças relacionadas ao trabalho
8ª semana	Adequação de mobiliário na prevenção das DORT

Fonte: os autores

Para análise dos dados foi utilizado o programa estatístico Graph Pad INSTAT. Após verificação da normalidade dos dados, foi utilizado o teste t de student pareado para as variáveis normais e o teste Wilcoxon para as variáveis com distribuição não normal. Assim, para a comparação pré e pós-intervenção, utilizou-se o teste t de student pareado para as variáveis: sintomas de fadiga e dores cervicais do G2, e, foi utilizado o teste Wilcoxon para a comparação das variáveis: sintomas de dores lombares no G1 e G2 e sintomas de fadiga e dores cervicais para o G1. Os dados foram apresentados com média e desvio padrão. Foi considerado como significante um $p<0,05$.

Resultados

Participaram do estudo 12 servidores do G1 (5 do sexo masculino e 7 do sexo feminino, com média de idade de 33,5 anos), e 11 servidores do G2 (6 do sexo masculino e 5 do sexo feminino, com média de idade de 45,5 anos).

A tabela 1 evidencia os sintomas cervicais e lombares do G1 e do G2, antes e após o estudo. É possível verificar que não houve modificação dos valores no G1, porém, houve uma redução significativa nos sintomas cervicais no G2 após a intervenção.

Tabela 1 - Avaliação dos sintomas de dor cervical e lombar no G1 e no G2, antes e após a intervenção

	Grupo 1			Grupo 2		
	Pré	Pós	P	Pré	Pós	P
Sintomas cervicais (Índice de incapacidade do pescoço)	5,50±7,20	5,50±7,20	P=0,50	4,72±5,04	1,81±2,48	0,005*
Sintomas lombares (Questionário Roland Morris)	1,41±3,36	1,41±3,36	P=0,50	0,81±1,25	0,18±0,40	0,1

*indicam $P<0,05$

Com relação aos sintomas de fadiga dos trabalhadores do G1, não houve alteração de valores antes e após o estudo. No entanto, foi encontrada uma redução significativa dos sintomas de fadiga no G2 após a intervenção, tanto na pontuação geral dos sintomas, quanto nos três domínios do teste, evidenciando um impacto positivo da ginástica laboral na redução dos sintomas gerais e específicos de mal estar, bem como sobre o cansaço mental (tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação dos sintomas de fadiga no grupo 1 e no grupo 2, antes e após a intervenção

	Grupo 1			Grupo 2		
	Pré	Pós	P	Pré	Pós	P
Pontuação geral	10,83	10,83	P=0,50	5,90	1,81	P=0,0004*
Sintomas gerais de mal estar	4,33	4,33	P= 0,50	2,18	0,45	P=0,0008*
Cansaço mental	3,00	3,00	P= 0,50	2,27	0,72	P=0,0076*
Sintomas específicos de mal estar	3,33	3,33	P=0,50	1,45	0,63	P= 0,02*

*indicam P<0,05

Discussão

O presente estudo apresentou resultados significativos quanto à redução dos sintomas de fadiga e de dores cervicais nos servidores que participaram o protocolo de ginástica laboral. Já os integrantes do G1 não obtiveram alteração dos sintomas antes e após o acompanhamento do estudo.

Um estudo atual analisou 25 servidores públicos de uma Instituição Pública de Ensino Superior em Saúde no interior de São Paulo¹⁷, onde foram avaliadas queixas osteomusculares e nível de fadiga, por meio de instrumentos específicos. O protocolo de intervenção teve uma frequência de duas vezes por semana, duração de 30 minutos cada, e ocorreu durante um período de 10 semanas, tendo como base alongamentos do método Isostretching. Após a intervenção, os autores encontraram uma redução significativa dos sintomas de dor osteomusculares e queixas de fadiga nos trabalhadores. Esses dados estão de acordo com os do presente estudo, apresentando um período de aplicação do protocolo semelhante, demonstrando que, embora as intervenções ocorram durante um curto período de tempo, é possível verificar melhorias significativas sobre a dor e fadiga em trabalhadores.

Candotti, Stroschein e Noll¹⁸ avaliaram os sintomas de dor em 30 trabalhadores do setor administrativo, divididos em grupo controle (GC) e grupo intervenção (GI), onde o GI praticou um programa de ginástica laboral. Os resultados demonstraram que houve redução significativa dos sintomas relativos à frequência e à intensidade da dor, e a interferência da dor nas atividades diárias somente no GI, o que não ocorreu no GC. Assim, esses dados vão ao encontro do presente estudo, visto que houve redução significativa dos sintomas de dor (na coluna cervical) no grupo participante da ginástica laboral.

O trabalho de Ferracini e Valente¹⁹ avaliou os efeitos de um programa de ginástica laboral em 15 funcionários do setor de faturamento de um hospital público. Este programa foi pautado em exercícios de alongamentos, voltados aos grupos musculares mais requisitados na atividade profissional e identificados pelos questionários. Evidenciou-se, após a intervenção, um aumento do bem estar diário e melhora do relacionamento interpessoal, referido pelos trabalhadores. Esses dados corroboram com os do presente estudo, onde houve redução dos sintomas gerais e específicos relacionados ao mal estar dos praticantes da intervenção.

O nível de estresse foi avaliado em 34 funcionários atuantes no setor de produção de uma empresa, divididos em GC e GI, antes e após a aplicação de um programa de ginástica laboral²⁰. Para tal, observou-se uma redução significativa dos sintomas de estresse dos trabalhadores que participaram do programa de ginástica laboral, o que não ocorreu com o GC, reiterando a importância da prática de atividade física durante a jornada de trabalho de trabalhadores. Nomeadamente, Resende et al.²¹ também encontraram resultados favoráveis da ginástica laboral sobre as variáveis de estresse e disposição para o trabalho em 24 funcionários de um tele-atendimento. Coulson, McKenna e Field²² reportam efeitos positivos da ginástica laboral, sobre o desempenho no trabalho, em trabalhadores de empresas privadas e públicas. Embora, no presente estudo, as variáveis de estresse e de disposição e desempenho no trabalho não tenham sido avaliadas, houve redução dos sintomas de mal estar, mensurados através do questionário de Fadiga utilizado no

presente estudo. Dessa forma, foi possível observar, através de relatos dos trabalhadores, uma redução do nível de estresse e um aumento da disposição dos mesmos nas atividades laborais.

O trabalho apresenta como limitações o número reduzido de participantes, tendo em vista que foram incluídos trabalhadores de apenas uma secretaria, a fim de atender ao horário dos voluntários e assiduidade. Além disso, uma outra limitação importante foi o curto período de tempo da intervenção proposta.

Considerações Finais

O presente estudo apresentou resultados favoráveis de um programa de ginástica laboral sobre a redução de sintomas associados à dor cervical e à fadiga, em um grupo de servidores públicos municipais. Esse fato evidencia a importância da inserção desses programas, envolvendo a prática de atividade física no ambiente de trabalho, contribuindo para a promoção da saúde do trabalhador e à prevenção de lesões ocupacionais.

Referências

1. Martins AC. Sintomas osteomusculares relacionados ao trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem: Universidade de São Paulo; 2011.
2. Kowalski C, Driller E, Ernstmann N, Alich S, Karbach U, Ommen O, et al. Associations between emotional exhaustion, social capital, workload, and latitude in decision-making among professionals working with people with disabilities. *Res Dev Disabil.* 2010;31(2):470-9.
3. Alencar MCB, Schultze VM, Souza SD. Distúrbios osteomusculares e o trabalho dos que cuidam de idosos institucionalizados. *Fisioter Mov.* 2010;23(1):63-72.
4. Carugno M, Pesatori AC, Ferrario MM, Ferrari AL, da Silva FJ; Martins AC, et al. Physical and psychosocial risk factors for musculoskeletal disorders in Brazilian and Italian nurses. *Cad. Saúde Pública.* 2012;28:1632-1642.
5. Kant IJ, Bültmann U, Schröder KAP, Beurskens AJHM, Van Amelsvoort LGPM, Swaen GMH. (2003). An epidemiological approach to study fatigue in the working population: The Maastricht cohort study. *Occupational and Environmental Medicine,* 60(Suppl 1), 32-39.
6. Neves RF, Nunes MO. Da legitimação a (res)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010; 15(1):211-20.
7. Aquino A de S, Fernandes ACP. Qualidade de vida no trabalho. *J Health Sci Inst.* 2013;31(1):53-8.
8. Andrade AM de, Reuter CP, Reckziegel MB, Pohl HH, Burgos LT. Ginástica Laboral: efeitos de um programa de ginástica laboral sobre a flexibilidade em trabalhadores de diversos setores de um hospital de ensino da região do Vale do Rio Pardo/RS. *Cinergis* 2015;16(3):209-213.
9. Monteiro JÁ, Lyrio AS, Gomes CS, Rangel GMB, Silva LC. Benefícios da ginástica laboral como medida de prevenção para doenças ocupacionais: um estudo sob a ótica da ergonomia. *Persp. Online: biol. & saúde.* 2015;18(5):32-33.
10. Panobianco MS, Magalhães PAP de, Soares CR, Sampaio BAL, Almeida AM de, Gozzo T de O. Prevalência de depressão e fadiga em um grupo de mulheres com câncer de mama. *Rev Eletr Enf.* 2012; 14(3): 532-540.
11. Yoshitake H. There are characteristic patterns of subjective fatigue symptoms. *Ergonomics.* 1978;21(3): 231-233.
12. Cook C, Richardson JK, Braga L, Menezes A, Soler X, Kume P, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the neck disability index and neck pain and disability scale. *Spine.* 2006;31(14): 1621-1627.
13. Vernon H, Mior S. The neck disability index: a study of reliability and validity. *J Manipulative Physiol Ther.* 1991;14(7): 409-405.
14. Nusbaum L, Natour J, Ferraz MB, Goldenberg J. Translation, adaptation and validation of the Roland-Morris questionnaire – Brazil Roland-Morris. *J Med Biol Res.* 2001;34(2): 203-210.
15. Clémenceau J. Guia de alongamento: abordagem anatômica ilustrada. Barueri: Manole; 2012.
16. Polito E, Bergamaschi EC. Ginástica laboral: teoria e prática. Rio de Janeiro: Sprint; 2002.
17. Swerts FCT de F. Efeitos do Isostretching na redução de queixas de dor osteomuscular, fadiga e na melhora da flexibilidade em funcionários públicos. Ribeirão Preto: [s.n.], 2014. 222p. Tese (doutorado) - Universidade de São Paulo, 2014.
18. Candotti CT, Stroschein R, Noll M. Efeitos da ginástica laboral na dor nas costas e nos hábitos posturais adotados no ambiente de trabalho. *Rev. Bras. Ciênc. Esporte.* 2011;33(3): 699-714.

19. Ferracini NG, Valente FM. Presença de sintomas musculoesqueléticos e efeitos da ginástica laboral em funcionários do setor administrativo de um hospital público. Rev Dor. 2010;11(3): 233-236.
20. Tanaka K, Deutsch S, Valiam P. Efeito da ginástica laboral no estresse. EF Deportes Revista Digital /Buenos Aires. 2007;12(108).
21. Resende MCF, Tedeschi CM, Bethônico FP, Martins TTM. Efeitos da Ginástica Laboral em Funcionários de Teleatendimento. Acta Fisiatr. 2007;14(1): 25 -31.
22. Coulson JC, McKenna JC, Field M. Exercising at work and self-reported work performance. International Journal of Workplace Health Management. 2008;3(1): 176 – 197.

Simone Lara

Endereço para correspondência – Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA);
Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Uruguaiana, BR 472, km 592,
CP 118, CEP 97500-970, Uruguaiana, RS, Brasil.
E-mail: simonelara@unipampa.edu.br
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5130937270549081>

Carolina Franciscatto – carol_polenta@yahoo.com.br
Juliana Costa da Rocha – julianac_r@hotmail.com

Enviado em 18 de julho de 2015.
Aceito em 18 de julho de 2016.

Santa Maria, v. 42, n.2, p. 115-122, jul./dez. 2016

CÂNCER DE MAMA: estudo retrospectivo em um município do sul do Brasil

BREAST CANCER: A retrospective study in the municipality of southern Brazil

**Hedioneia Maria Foletto Pivetta¹, Adriana Cielo², Marina Segala²,
Gustavo do Nascimento Petter², Thais Nogueira de Oliveira Martins³, Betina Pivetta Vizzotto⁴,
Elenir Terezinha Rizzetti Anversa⁵, Melissa Medeiros Braz⁶**

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar características sociodemográficas, reprodutivas, de diagnóstico e tratamento de mulheres com câncer de mama em Santa Maria, RS. Estudo quantitativo transversal retrospectivo de 2008 a 2012, realizado por análise em prontuários de mulheres com câncer de mama residentes no Município estudado. Os dados foram analisados através do Software SPSS 10.0. Análises exploratórias univariadas das variáveis primárias e secundárias e estatística descritiva foram realizadas. Foram analisados 273 prontuários. As mulheres caracterizaram-se como da cor branca, 59,6% casadas, com média de idade no momento do diagnóstico de 56,1 anos, idade média da menarca 13 anos, da menopausa 47,23 anos e da primeira gestação 22,73 anos. Mastectomia radical e hormonioterapia foram os tratamentos mais prevalentes. A rede pública constituiu-se em porta de entrada para diagnóstico e tratamento no Município estudado. Menarca precoce e menopausa tardia não se destacaram como risco para desenvolvimento da doença nesta amostra.

Descriptores: Neoplasia da Mama; Mulheres; Serviços de Saúde

ABSTRACT

The objective of this study was to identify sociodemographic, reproductive, diagnosis and treatment of women with breast cancer in Santa Maria, RS. Retrospective cross-sectional quantitative study 2008-2012 conducted by analysis of medical records of women with breast cancer living in the studied municipality. Data were analyzed using SPSS 10.0 software. Univariate exploratory analyzes of primary and secondary variables, and descriptive statistics were performed. 273 records were analyzed. Women are characterized as white color, 59,6% married, with a mean age at diagnosis of 56.1 years, mean age at menarche 13 years, 47.23 years of menopause and first pregnancy 22.73 years. Radical mastectomy and hormone therapy were the most prevalent treatments. The network public constituted an entry point for diagnosis and treatment in the studied municipality. Early menarche and late menopause did not stand out as a risk for developing the disease in this sample.

Descriptors: Breast Neoplasms; Women; Health Services

¹Doutora em Educação pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

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

³Graduanda em Fisioterapia na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

⁴Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Franciscano, (UNIFRA), Santa Maria, RS, Brasil.

⁵Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

⁶Doutora em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

Introdução

Nas últimas décadas, a incidência do câncer de mama vem crescendo, transformando-se em um grave problema de saúde pública mundial¹ responsável por 20,8% dos novos casos de câncer a cada ano no Brasil², e pelos maiores índices de mortalidade no mundo, principalmente na população feminina. Conforme a estimativa para 2014, do Instituto Nacional de Câncer, só no Rio Grande do Sul (RS) foi de 5.030 novos casos².

O câncer de mama pertence a um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos, que podem ser observados pelas diferentes assinaturas genéticas e diferentes respostas clínicas^{3,4}. Acomete frequentemente mulheres em uma faixa etária acima de 40 anos, entretanto, mundialmente tem aumentado significativamente a sua incidência em faixas etárias mais jovens^{5,6}.

Dante da elevada incidência do câncer de mama e, considerando um melhor prognóstico quando a doença é detectada precocemente, considera-se importante a instituição de ações de rastreamento para que o diagnóstico seja realizado em estádios iniciais, o que melhora as possibilidades de intervenções conservadoras e com melhor prognóstico de sobrevida⁷. As ações de controle do câncer de mama exigem uma rede de saúde que conte com todos os níveis de atenção, sendo empregadas tecnologias com diferentes densidades. Em 2011 foram traçadas estratégias para o controle do câncer de mama no Brasil com o lançamento do Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer⁸.

Entretanto, para o planejamento e implementação de medidas para o diagnóstico precoce do câncer de mama, bem como de tratamento eficaz, é necessário primeiramente reconhecer o cenário local identificando as características das mulheres que já desenvolveram a doença.

Desse modo, diante dos elevados indicadores de saúde que apontam o aumento de novos casos de câncer de mama no Brasil, especialmente na região sul e, tendo em vista as taxas de morbimortalidade causadas pela doença, justifica-se o desenvolvimento da pesquisa, que através de estudo retrospectivo secundário, teve como objetivo identificar características sociodemográficas, reprodutivas, de diagnóstico e tratamento de mulheres com câncer de mama no município de Santa Maria, RS.

Metodologia

Foi realizado um estudo transversal quantitativo de caráter retrospectivo do período de 2008 a 2012, utilizando dados secundários dos prontuários de mulheres com câncer de mama residentes em Santa Maria, RS. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM conforme parecer número 370.708/2013.

Os dados foram coletados no ambulatório de saúde da mulher, serviço municipal de mastologia, referência para as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município e do arquivo de prontuários do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) no ano de 2013. Estes locais consistem em porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), do município de Santa Maria para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

Para o levantamento de dados foi elaborado pelos pesquisadores um questionário composto por questões abertas e fechadas, que contemplam as características sociodemográficas, reprodutivas, de diagnóstico e tratamento para o câncer de mama. Quanto aos aspectos sociodemográficos, buscaram-se dados quanto a idade, cor, profissão, escolaridade e estado civil. As características reprodutivas levantadas foram a idade da menarca, da menopausa e da primeira gestação, assim como tempo de aleitamento materno. Contemplou-se ainda aspectos relativos ao diagnóstico, como local de primeira suspeita/diagnóstico e classificação BIRADS, e de tratamento, cirurgia de maior prevalência e seguimento. Pacientes que apresentaram prontuários nos dois locais de coleta, tiveram as informações tabuladas do registro mais completo.

Foram incluídos prontuários de todas as mulheres com diagnóstico de câncer de mama confirmado e residentes no município de Santa Maria, RS. Excluiu-se do estudo prontuários médicos com diagnóstico inconclusivo para câncer de mama.

Primeiramente os dados foram tabulados através do Software Microsoft Excel, versão 2007. A tabulação foi realizada diariamente, bem como foram realizadas análises de monitoramento durante este processo. Após o término da coleta e tabulação dos dados, iniciou-se o processo de análise estatística pelo Software SPSS 10.0 (*Statistical Package for the Social Sciences Inc.*, Chicago, Estados Unidos). Análises exploratórias univariadas das variáveis primárias e secundárias, bem como a estatística descritiva foram realizadas. Os dados serão apresentados na forma de tabelas.

Resultados e Discussão

Os dados apresentados a seguir são referentes aos prontuários que continham as informações específicas para as variáveis analisadas, sendo os percentuais apresentados relativos a estes prontuários. Isso equivale a dizer que nem todos os prontuários analisados apresentaram os dados da investigação. Em relação aos locais de coleta de dados foram analisados 148 prontuários no Serviço Municipal de Mastologia e 125 no Hospital Universitário de Santa Maria, totalizando uma amostra de 273 prontuários.

A tabela 1 apresenta o percentual relativo ao local de primeira suspeita ou diagnóstico do câncer de mama no município, sistematizados por nível de atenção à saúde no sistema público, assim como no setor privado. O local com maior número de primeira suspeita/diagnóstico foi a rede pública de atenção primária, com 40%.

Tabela 1 - Local de primeira suspeita ou diagnóstico em relação aos níveis de atenção à saúde.

Local de primeira suspeita ou diagnóstico	N	% Relativo
Atenção Primária SUS*	85	40
Atenção Secundária SUS**	34	16
Atenção Terciária SUS***	57	27
Rede privada	36	17

*Atenção primária do SUS no município: Unidades Básicas de Saúde e ESF

**Atenção secundária do SUS no município: Unidade de Saúde N^a Sr^a do Rosário/Ambulatório de saúde da mulher

***Atenção terciária do SUS no município: Hospital Universitário de Santa Maria

Dados sociodemográficos, escolaridade e profissão, não foram encontrados nos prontuários. A cor branca foi a mais prevalente nos prontuários com percentual relativo de 91,7%, seguido de preta (6,4%) e parda (1,8%). Quanto à situação conjugal 59,6% estavam registradas como casadas, 15,4% viúvas, 14,4% solteiras e 10,6% separadas.

Quanto à idade no momento do diagnóstico identificou-se que a mulher mais jovem tinha 21 anos e a mais senil 86 anos, enquanto a média de idade foi de $56,1 \pm 12,91$. O número de casos por faixa etária está apresentado na Tabela 2. Os valores referentes às características das mulheres com câncer de mama, relacionados com a vida reprodutiva da mulher estão na Tabela 3. Os dados referentes ao tempo de aleitamento materno não foram encontrados nos prontuários.

Tabela 2 – Número de diagnósticos de câncer de mama por faixa etária

Idade do diagnóstico	N	% Relativo
21-30	04	1,48
31-40	19	7,03
41-50	84	31,11
51-60	70	25,92
61-70	55	20,37
71-80	28	10,37
81-90	10	3,70

Tabela 3 – Características reprodutivas apresentadas em média de idade

Fatores de risco	Idade (Média \pm DP)
Menarca	13 \pm 1,8
Menopausa	47,23 \pm 7,65
Primeira gestação	22,73 \pm 5,65

As características de diagnóstico encontradas foram quanto aos achados mamográficos, sendo o mais prevalente o Birads5 (58%) e o Birads4 (31%). O Birads (*Breast Image Reporting and Data System*) é um sistema padronizado utilizado internacionalmente para uniformizar os relatos de radiologia quando se analisam as imagens de mamografia de rastreamento, classificado de 0 a 6, sendo 0 quando imagens adicionais são necessárias e 6 para achados mamográficos já biopsiados cujo diagnóstico anátomo-patológico é de câncer de mama, antes da terapia definitiva.

Os dados quanto ao tamanho do tumor e estádio não foram investigados no momento da coleta. O tipo de cirurgia que a maioria das mulheres do estudo foi submetida foi a mastectomia radical (66%), seguido da quadrantectomia com linfadenectomia axilar (29%).

O seguimento da maioria dos casos, no momento da coleta de dados, foi a hormonioterapia (41%) e em fase de monitoramento por consulta de rotina (34%). A tabela 4 apresenta as variáveis relativas ao diagnóstico mamográfico do câncer, o tipo de cirurgia prevalente e o seguimento do câncer de mama.

Tabela 4 – Variáveis de diagnóstico e tratamento do câncer de mama

Diagnóstico e tratamento	n	% Relativo
Diagnóstico mamográfico		
Birads0	0	0
Birads1	1	2
Birads2	3	6
Birads3	0	0
Birads4	15	31
Birads5	28	58
Birads6	1	2
Tipo de cirurgia		
Mastectomia radical	139	66
Quadrantectomia+ linfadenectomia axilar	62	29
Outros	10	5
Seguimento		
Hormonioterapia	84	41
Tratamento concluído	11	5
Em Radioterapia	8	4
Em Quimioterapia	20	10
Em consulta de rotina	70	34
Óbito	12	6

O câncer de mama constitui o tipo de câncer mais incidente em mulheres e, embora tem-se observado que esta doença aumenta proporcionalmente com a idade, mulheres mais jovens tem desenvolvido a doença. Entretanto, a redução da morbimortalidade associada a esta patologia está diretamente relacionada com a detecção precoce e ao tratamento efetivo, embora 60% dos tumores de mama no Brasil ainda sejam diagnosticados em estádios avançados⁹.

Este estudo teve por objetivo identificar características sociodemográficas, reprodutivas, de diagnóstico e tratamento de mulheres com câncer de mama em Santa Maria, RS. A pesquisa apresenta como dado relevante a constatação de que, do total da amostra estudada, 83% das mulheres teve a rede de saúde pública como local de primeira suspeita ou diagnóstico para o câncer de mama. Desse montante, 40% representa a atenção primária de saúde. Cabe destacar que, mediante os dados encontrados, não é possível inferir se a atenção básica, assim como os outros níveis de atenção, é responsável pela suspeita ou pelo diagnóstico definitivo, uma vez que os dados dos prontuários não permitem essa afirmação sendo, por este motivo foi assim sistematizado.

É provável que a atenção básica tenha sido o local de primeira suspeita e que o diagnóstico definitivo tenha se efetivado nos serviços de referência de nível secundário ou terciário, pois assim se efetiva no Município estudado. Acredita-se que a atenção primária de saúde cumpre com seu papel na medida em que representa a porta de entrada para o sistema de saúde. A organização e gestão dos serviços perpassam pela suspeição e detecção de doenças, entre estas o câncer de mama. O fato de que a primeira suspeita ou o diagnóstico tenha sido realizado na atenção primária demonstra que este nível de atenção mantém ações capazes de suprir essa necessidade e realizar os devidos encaminhamentos aos setores competentes.

A rede pública de referência para o rastreamento, detecção e tratamento do câncer de mama vem desenvolvendo seu papel no Município, pois apenas 17% dos casos teve a rede privada como porta de entrada. Porém, em outros municípios o estudo demonstra que o serviço privado desempenha papel mais relevante ao suprimir as lacunas do setor público, visto que 51,9% das buscas por serviços de saúde ocorreram primeiramente nas clínicas privadas¹⁰.

Embora 17% dos prontuários das mulheres tenham evidenciado suspeita ou diagnóstico de câncer no setor privado, todas realizaram tratamento e algumas mantêm seguimento na esfera pública em nível terciário, pois o Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) constitui-se em serviço de referência para a alta complexidade no Município, ou no nível secundário, serviço de mastologia municipal, já que os prontuários registram a assistência para estas mulheres. Não há como estimar o número exato de mulheres que foram diagnosticadas, realizaram tratamento e mantêm seguimento na esfera privada, pois não há registro destes dados em um banco de dados único e na maioria das vezes não são notificados.

Presume-se, assim, que o Município estudado atende aos preceitos da organização do sistema de saúde vigente na medida em que a atenção à saúde da mulher é executada nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).

O câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos, sendo que sua incidência cresce rápida e progressivamente após essa idade, sendo descoberto, principalmente, entre 40 e 60 anos¹¹. Isso vem ao encontro dos dados identificados nesta pesquisa, em que também foi encontrada a idade de diagnóstico do câncer de mama na faixa etária entre 41-60 anos, representando 57,03% da amostra. Vale destacar que 8,51% das mulheres estavam com menos de 40 anos quando confirmaram o diagnóstico e quatro mulheres tinham menos de 30 anos. Identificou-se ainda que maior número de diagnósticos de câncer de mama foi nas mulheres que tinham entre 41 e 50 anos, porém a prevalência até os 70 anos se sobressai, o que permite inferir que quanto mais avança a idade maior o risco de desenvolvimento da doença.

De acordo com a literatura quanto mais jovem a mulher apresentar neoplasia mamária, pior será o seu prognóstico^{12,13}, sendo esse justificado pelo perfil molecular mais agressivo¹⁴ ou ainda, pela demora na realização do diagnóstico, visto que não são realizados rastreamentos mamográficos nessa parcela da população e o índice de suspeição clínica é baixo^{15,16}.

Neste estudo, 91,7% das mulheres eram da cor branca e 59,7% eram casadas. Estes dados corroboram com os achados de outros autores ao observarem em seus estudos que a maioria das entrevistadas se autoreferiu como branca e casada¹⁷, porém este fator não foi considerado relevante em relação ao câncer de mama¹⁷.

A média de idade do diagnóstico foi de 56,1 anos, dado semelhante ao de outros estudos que avaliaram mulheres diagnosticadas com câncer de mama^{17,18}. A partir dos 50 anos aumenta o número de casos de câncer de mama. Este fato possivelmente está relacionado com o processo de envelhecimento e ao tempo de exposição ao estrogênio^{19,20}.

Quanto aos fatores reprodutivos relacionados ao surgimento do câncer de mama, este estudo identificou que a menarca ocorreu, em média aos 13,1 anos. Este achado revela que estas mulheres podem não ter tido a menarca precoce como fator de risco para o desenvolvimento da doença, pois pesquisas indicam que a menarca precoce é aquela que ocorre anterior aos 12 anos de idade^{1,11}.

Da mesma maneira, a menopausa tardia vem sendo relacionada com a doença, quando ocorre aos 55 anos ou mais, porém, nessa investigação a média de idade para a menopausa foi de 47,6 anos. Cabe ainda ressaltar que não é unanimidade considerar a menopausa tardia como um fator de risco²¹.

A indicação de tratamento cirúrgico mais radical geralmente está associada diversos fatores. A partir da análise dos dados desta pesquisa, na qual, os achados mamográficos, na maioria dos casos, foram o Birads4 (25%) e o Birads5 (46%), e que 66% das mulheres foram submetidas a mastectomia radical, podemos considerar que algum dos fatores como achados mamográficos suspeitos, diagnósticos tardios, tumores em estadiamento avançado, com maiores dimensões e presença de linfonodos comprometidos, estavam presentes no momento de tomada de decisão em relação ao tipo de cirurgia²². Em outro estudo que avaliou a sobrevida de mulheres com câncer de mama, a maioria delas realizou mastectomia, sendo que 60% dos casos apresentavam estadiamento clínico e tamanho do tumor avançados²³.

Atualmente, o tratamento para o câncer de mama tem apresentado transformações e aperfeiçoamentos condizentes com os avanços da medicina. As técnicas cirúrgicas, associada à radioterapia, à quimioterapia e hormonioterapia, têm como objetivo erradicar a doença local, reduzir ou prevenir a recorrência e prolongar a sobrevida²⁴.

Há uma grande prevalência de receptores hormonais positivos nos tumores de mama em geral, fato que pode justificar o grande percentual de mulheres desse estudo em tratamento com hormonioterapia (41%)²⁴. Além disso, a utilização de terapia hormonal está associada à maior sobrevida livre de doença e, possivelmente, à sobrevida global, além de reduzir a incidência do câncer de mama contralateral e diminuir a ocorrência de micrometástase²⁵.

Considerações Finais

Conclui-se que, dos prontuários analisados, o nível de atenção primária do SUS foi o local de maior probabilidade como serviço de primeira suspeita do câncer de mama em mulheres no município de Santa Maria. A média de idade de 56,1anos, a cor branca auto declarada e o estado civil casada foram as características sociodemográficas encontradas. Quanto as características reprodutivas, a idade média para menarca precoce, para menopausa tardia,assim como,primeira gestação não foram consideradas fatores de risco para o desenvolvimento da doença conforme retrata a literatura.

Os achados mamográficos foram suspeitos para o câncer de mama, sendo que a mastectomia radical tem sido a técnica de escolha seguida da hormonioterapia como terapêutica adjuvante mais recorrente.

Cabe ressaltar a relevância dessa pesquisa, na medida em que contribui para a identificação das características de mulheres com câncer de mama em Santa Maria, pois essas informações possibilitam o reconhecimento de elementos peculiares da população assistida no Município. Estes dados constituem-se em subsídios para a elaboração de estratégias de detecção precoce do câncer de mama principalmente em grupos populacionais com as características apresentadas no estudo. Isso torna possível, intervenções efetivas que podem prevenir a necessidade de tratamentos mais invasivos e mutiladores.

As limitações do estudo estão na falta de informações nos prontuários não sendo possível identificar dados relevantes para a temática como aleitamento materno, paridade, histórico familiar, entre outros. Ainda a ausência de informatização dos registros/prontuários em ambos os serviços investigados dificultou o acesso aos mesmos.

Referências

1. Silva PA, Riul SS. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. Rev. bras. enferm. 2011;64(6):1016-21.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, p. 1-124, 2014.
3. Dutra MC, Rezende MA, Andrade VP, Soares FA, Ribeiro MV, Paula EC, et al. Imunofenótipo e evolução de câncer de mama: comparação entre mulheres muito jovens e mulheres na pós-menopausa. Rev. BrasGinecol. Obstet. 2009;31(2):54-60.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. Versão revista e ampliada do Programa Viva Mulher, desmembrado em Programa Nacional de Controle do Colo do Útero e Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (INCA, 2010), elaborado pela Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. 2011.
5. Aragão JA, Reis FP, Marçal AC, Santos MRV, Cardoso EC, Xavier LMF, et al. Nível de estadiamento das mulheres submetidas a tratamento do câncer de mama. ScientiaPlena.2012;8(3):1-6.
6. HöfelmannDA, Anjos JC. Autoavaliação de Saúde e Câncer de Mama em Mulheres de Cidade do Sul do Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia, 2012;58(2):209-22.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca, 2011. 118p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ações e Programas. Agenda Estratégica. 2011.[acessado 2013 ago 16] Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/agenda_estrategica/apresentacao_agenda_estrategica.

9. Santos Junior JC, Soares LFM. Câncer de Mama. In: Vieira SC, Lustosa AML, Barbosa CNB, Teixeira JMR, De Brito LX, Soares LFM, e col. Oncologia Básica. 1ed.Teresina, PI: Fundação Quixote; 2012. p. 41-60.
10. Rezende MCR, Koch HA, Figueiredo JA, Thuler LCS. Causas do retardamento na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2009;31(2):75-81.
11. Inca. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3ed.atual.amp. Rio de Janeiro: INCA, 2008.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Câncer no Brasil: dados dos registros de base populacional. Rio de Janeiro: INCA, v. 4, 2010.
13. Rudat V, El-Sweilmeen H, Fadel E, Brune-Erber I, Ahmad Nour A, Bushnag Z, et al. Age of 40 years or younger is an independent risk factor for locoregional failure in early breast cancer: a single-institutional analysis in Saudi Arabia. J Oncol. 2012;(2012):1-10.
14. Castiglione M, Aebi S. The enigma of young age. Ann Oncol. 2006;17(10):1475-7.
15. Kothari AS, Fentiman IS. Breast cancer in young women. Int J Clin Pract. 2002; 56(3):184-7.
16. Crippa CG, Hallal ALC, Dellagiustina AR, Traebert EE, Gondin G, Pereira C. Perfil Clínico e Epidemiológico do Câncer de Mama em Mulheres Jovens. Arq Catarin Med.2003;32(3):50-58.
17. Vieira EM, Yoshinari Júnior GH, Souza HCC, Mancini MPM, Perdoná GSC. História reprodutiva e sexual de mulheres tratadas de câncer de mama. Rev Bras Ginecol Obstet. 2013;35(2):78-83.
18. Trufelli DC, Miranda VC, Dos Santos MBB, Fraile NMP, Pecoroni PG, Gonzaga SFR, et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. Ver AssocMed Bras. 2008;54(1):72-76.
19. Pinho VFS, Coutinho ESF. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. Cad. Saúde Pública. 2007;23(5):1061-69.
20. Gonçalves LLC, Lima AV, Brito ES, Oliveira MM, Oliveira LAR, Abud ACF, et al. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres assistidas em ambulatório de oncologia. Rev. de Enfermagem. 2010;18(3):468-72.
21. Matos JC, Peloso SM, Carvalho MDB. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná. Rev. Latino-Am. Enfermagem.2010;18(3):1-8.
22. Gonçalves LLC, Santos SB, Marinho EC, Almeida AM, Santos AHS, Barros AMMS, et al. Câncer de mama feminino: aspectos clínicos e patológicos dos casos cadastrados de 2005 a 2008 num serviço público de oncologia de Sergipe. Rev. Bras Saude Mater. Infant.2012;12(1):47-54.
23. Moraes AB, Zanini RR, Turchiello MS, Riboldi J, Medeiros LRF. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública.2006;22(10):2219-28.
24. Brito C, Portela MC, Vasconcellos MTL. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no estado do Rio de Janeiro. Rev. Saúde Pública. 2005;39(6):874-81.
25. Leite FMC, Bubach S, Amorim MHC, Castro DS, Primo CC. Mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento com Tamoxifeno: perfil sociodemográfico e clínico. Revista Brasileira de Cancerologia. 2011;57(1):15-21.

Hedioneia Maria Foletto Pivetta

Endereço para correspondência – Rua: Av. Roraima, n° 1000,
Centro de Ciências da Saúde, Bairro: Camobi, CEP: 97.105-900, Santa Maria, RS, Brasil.
E-mail: hedioneia@yahoo.com.br
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/9518521941876440>

Adriana Cielo – adrianacielo025@hotmail.com
Marina Segala – marina_sgl@hotmail.com
Gustavo do Nascimento Petter – gustavo.petterr@hotmail.com
Thais Nogueira de Oliveira Martins – thais21_oliveira@hotmail.com
Betina Pivetta Vizzotto – be_vizzotto@hotmail.com
Elenir Terezinha Rizzetti Anversa – eleanversa@hotmail.com
Melissa Medeiros Braz – melissabraz@hotmail.com

Enviado em 07 de novembro de 2015.
Aceito em 15 de agosto de 2016.

Santa Maria, v. 42, n.2, p. 123-127, jul./dez. 2016

PREVALÊNCIA DE CONSTIPAÇÃO INTESTINAL EM UNIVERSITÁRIAS DO CURSO DE FISIOTERAPIA

INTESTINAL CONSTIPATION PREVALENCE IN PHYSICAL THERAPY UNIVERSITY STUDENTS

Guilherme Tavares de Arruda¹, Melissa Medeiros Braz²

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo investigar a prevalência de constipação intestinal entre as acadêmicas do curso de Fisioterapia. Foi realizada pesquisa descritiva com 144 acadêmicas do curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria. Foi aplicado o questionário de Roma III para determinar a prevalência de constipação intestinal entre as acadêmicas. Os dados foram tratados por meio da estatística descritiva. Dentre as pesquisadas, 88 (61,12%) apresentavam constipação intestinal. Dos sintomas mais relevantes, verificou-se que 93,18% das acadêmicas relataram sensação de evacuação incompleta, 77,27% sensação de obstrução ou bloqueio anorrectal, 44,31% forçar para evacuar, 42,04% apresentavam fezes duras ou fragmentadas, 22,72% utilizavam de manobras manuais para facilitar a evacuação e 35,22% relataram frequência de menos de três evacuações por semana. Houve alta prevalência de constipação intestinal no grupo analisado, o que torna necessária a intervenção da equipe de saúde para contribuir no tratamento desta disfunção, estimulando o autocuidado e hábitos saudáveis.

Descriptores: Constipação Intestinal; Mulheres; Estudantes de Ciências da Saúde; Saúde da Mulher.

ABSTRACT

This research aimed to investigate the prevalence of constipation among the academic of Physiotherapy course. Descriptive study was conducted with 144 academic of Federal University of Santa Maria. The Rome III questionnaire was used to determine the prevalence of constipation among academic. Data were treated using descriptive statistics. Among the surveyed, 88 (61.12%) had constipation. From relevant symptoms, it was found that 93.18% of academic reported feeling of incomplete evacuation, feeling of 77.27% anorectal obstruction or blockage, forcing to evacuate 44.31%, 42.04% had hard or lumpy stools, 22.72% used for manual maneuvers to facilitate the evacuation and 35.22% reported frequency of less than three bowel movements per week. There was a high prevalence of chronic constipation in the analyzed group, the intervention of the health team makes it necessary to contribute in treating this dysfunction, stimulating self-care and healthy habits.

Descriptors: Constipation; Women; Students Health Occupations; Women's Health.

¹ Acadêmico de Fisioterapia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

² Doutora em Engenharia de Produção e Sistemas/Ergonomia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

Introdução

Constipação intestinal (CI) pode ser definida como uma síndrome baseada em sintomas como defecação insatisfatória, com dificuldade na passagem das fezes ou evacuações infrequentes, fezes duras ou sensação de evacuação incompleta, que pode ocorrer isolada ou secundariamente a uma doença subjacente¹.

Estudo realizado no Brasil com estudantes universitários aponta uma prevalência de 40% associados a fatores de risco como histórico familiar e uso de laxativos². A prevalência de CI entre as estudantes universitárias brasileiras foi reportada entre 14%² e 24,4%³.

A CI é uma condição patológica que possui repercussões no assoalho pélvico feminino. O esforço evacuatório crônico leva ao estiramento da musculatura perineal e das paredes do reto, ocasionando incontinências urinária (IU) e fecal (IF)⁴. O prolapsão genital seria outra patologia associada à constipação, pois o esforço ao evacuar distenderia o ramo motor do nervo pudendo levando a este agravo⁵.

A existência de poucos estudos sobre o tema aliada ao conhecimento dos dados apresentados atentou-nos para a interferência do tema sobre a saúde da mulher. O número de outras doenças que podem ser prevenidas com acompanhamento adequado para com a mulher constipada também motivou a realização da pesquisa.

Esta pesquisa teve como objetivo investigar a prevalência de constipação intestinal entre as acadêmicas do curso de Fisioterapia.

Metodologia

A pesquisa foi do tipo descritiva. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM sob CAAE 07853412.2.0000.5346.

A população consistiu de estudantes universitárias do sexo feminino de 18 a 35 anos. A prevalência de CI foi investigada com a totalidade das acadêmicas do curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), RS que aceitaram participar da pesquisa.

Como critérios de exclusão, constavam: gestantes, mulheres que possuam distúrbios neurológicos centrais ou periféricos, alterações de sensibilidade cutânea, patologias gastrointestinais previamente diagnosticadas, hipertermia, cicatrizes abdominais, cirurgias abdominais prévias e que estivessem em uso de laxativos.

Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados:

Questionário de Roma III para constipação⁷, utilizado na avaliação da CI e foi escolhido por representar uma forma padronizada internacionalmente para o diagnóstico da constipação e também por ser uma forma atualizada do questionário de Roma II, utilizado anteriormente em pesquisas sobre o assunto. Este questionário possui 17 perguntas referentes ao trânsito intestinal e sintomatologia relacionada.

Os critérios para avaliação de constipação funcional através do Questionário de Roma III foram aqueles utilizados internacionalmente:

1. As respostas devem incluir dois ou mais dos critérios abaixo:

- a) forçar em pelo menos 25% das evacuações (questão 11>1)
- b) fezes duras ou fragmentadas em pelo menos 25% das evacuações (questão 10>1)
- c) sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% de todas as evacuações (questão 12>0)
- d) sensação de obstrução anorrectal ou bloqueio em pelo menos 25% das evacuações (questão 13>0)
- e) manobras manuais para facilitar a evacuação em pelo menos 25% das evacuações (questão 14>0)
- f) menos de 3 evacuações por semana (questão 9>1)

2. Fezes líquidas raramente estariam presentes sem o uso de laxantes. Fezes líquidas deviam ocorrer nunca ou raramente (questão 17=0)

3. Critérios insuficientes para IBS (síndrome do intestino irritável).

Ficha de avaliação adaptada de Henschler⁶, a qual possui 11 questões abertas sobre distúrbios de evacuação na mulher, além de dados antropométricos (massa corporal e altura auto-referidos).

O questionário de Roma III foi distribuído pelos pesquisadores e respondido pelas acadêmicas do curso de Fisioterapia em um horário previamente agendado, nas salas de aula do curso de Fisioterapia.

Para o tratamento dos dados foi realizada a estatística descritiva. Os dados foram tabulados e tratados no software Excel versão 2007.

Resultados e Discussão

Foram pesquisadas 144 universitárias com idades variando entre 17 e 34 anos ($20,44 \pm 2,68$). Quanto ao índice de massa corporal (IMC) das participantes, 9 participantes não forneceram seus dados antropométricos. Das 135 respondentes, o IMC variou entre 14,27 e 29,41 kg/m² ($21,44 \pm 2,45$).

Entre as 144 pesquisadas, 88 (61,12%) apresentavam constipação intestinal. Os sintomas mais prevalentes são apresentados na tabela 1. A sensação de evacuação incompleta foi encontrada em 93,18% da amostra e a sensação de obstrução anorrectal ou bloqueio em 77,27%.

Tabela 1 - Sintomas da constipação intestinal, de acordo com o questionário de Roma III, em pelo menos 25% das evacuações.

Sintomas	N (%) N = 88
Forçar para evacuar	39 (44,31%)
Fezes duras ou fragmentadas	37 (42,04%)
Sensação de evacuação incompleta	82 (93,18%)
Sensação de obstrução anorrectal ou bloqueio	68 (77,27%)
Manobras manuais para facilitar a evacuação	20 (22,72%)
Necessidade de uso de laxantes para evacuar	11 (12,64%)
Sensação de flatulência na região abdominal	56 (67,46%)
Menos de 3 evacuações por semana	31 (35,22%)

No presente estudo, a prevalência de CI foi de 61,12%, achado inferior ao de um estudo realizado em uma instituição federal de ensino superior do Norte de Minas², no qual 142 alunos foram selecionados ao acaso com faixa etária de 18 a 24 anos. Constatou-se que todas as mulheres do estudo (100%) apresentavam constipação, sendo que 90% delas ingeriam menos de 1,5 litro de líquidos por dia. Outro aspecto a se observar foi o alto índice de dificuldade de evacuar fora de casa que as constipadas possuíam (85%). Sugere-se que a alta prevalência de CI está relacionada a maus hábitos alimentares, principalmente à baixa ingestão de água por dia, o que torna o bolo fecal mais petrificado e de difícil evacuação; e ao aumento do tempo fora de casa, que faz com que o indivíduo espere para chegar ao lar para evacuar com mais comodidade.

Um estudo realizado em uma universidade da China com 5000 estudantes⁸, de ambos os sexos e com idade entre 18 e 23 anos, mostrou que 429 estudantes (237 do sexo feminino) apresentaram CI. Houve prevalência de CI entre as mulheres e os sintomas mais relatados foram menos de 3 evacuações por semana (98,8%), evacuação incompleta (97,6%), esforço para evacuar (92,3%), fezes duras ou irregulares (88,8%) e obstrução anorrectal (88,8%). Comparados ao atual estudo, a sensação de evacuação incompleta, o esforço para evacuar e a sensação de obstrução anorrectal ou bloqueio também se mostraram importantes.

Há evidente ligação do surgimento de IU e IF com as pressões intra-abdominais causadas pelo esforço para evacuar e a sensação de obstrução anorrectal em mulheres após os 35 anos^{9,10}. Sabe-se que a IU e IF diminuem a qualidade de vida dessas mulheres, levando à diminuição do contato social e da autoestima por causa da perda involuntária de urina e/ou fezes.

Estudo transversal realizado com 360 estudantes de medicina de uma instituição do noroeste paulista¹¹, utilizando as respostas de um questionário relativo à CI, observou que dos 150 estudantes que responderam ao questionário, houve prevalência de CI de 35%. Destes, 55% são jovens adultos do sexo feminino com média de IMC de 21,89 kg/m². Concluiu-se que além de haver maior prevalência de CI nas mulheres, também houve uso mais frequente de laxativos entre as mulheres constipadas (46%). Apesar da média do IMC encontrada nesse estudo¹¹ e na atual investigação estar na faixa de peso normal em mulheres constipadas, destaca-se que o aumento do IMC é um dos fatores que ocasiona CI, o que não é evidenciado em nosso estudo.

O uso de laxativos (33,34%) também foi relatado com maior destaque¹², em estudo do tipo transversal realizado com estudantes de Nutrição de um centro universitário no leste de Minas Gerais. Dos 40 estudantes incluídos no estudo, 22,5% (todos do sexo feminino) eram constipados. Assim como no presente estudo, o qual foi menos frequente entre os constipados a necessidade do uso de laxativos para evacuar (12,64%), no estudo realizado com 2946 entrevistados na população da cidade de Pelotas/RS, houve também um baixo uso de laxativos (22,4%) entre os indivíduos que referiram utilizar alguma ajuda para evacuar¹³.

Foi realizada pesquisa sobre hábitos alimentares e intestinais em estudantes universitários da área da saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul (IMES)¹⁴. Foram entrevistados 181 alunos com idade média de 20 anos. Destes, 67,9% eram mulheres e 17% do total apresentavam CI, sendo prevalente nas mulheres (64%). O esvaziamento incompleto foi a maior queixa relatada (41,9%), achado semelhante ao nosso estudo. Outras queixas relatadas foram a presença de sangue nas fezes (6,5%), o esforço em excesso para evacuar (9,6%) e a presença de dor (13%). Observou-se também que o consumo de fibra era insuficiente entre os constipados. Porém, não foi encontrada nenhuma relação entre estado nutricional e hábito intestinal.

Os sistemas urinário, genital e intestinal estão intrinsecamente relacionados na função do trato urinário e na sustentação anatômica. Devido a isso, há ligação entre CI e o surgimento de IU e IF em idades avançadas. Sabe-se que esses transtornos têm grande efeito sobre a qualidade de vida do paciente: reduzem as atividades físicas e sociais, além de causar isolamento e comprometer sua autoestima. Portanto, é preciso formular estratégias para a melhora do trânsito intestinal destes jovens e assim reduzir o risco de IU e IF no futuro. A avaliação propedêutica e terapêutica da CI, juntamente com a equipe de saúde objetivando a melhora nos resultados do tratamento, se fazem necessárias.

Considerações Finais

Diante dos resultados, foi alta a prevalência de CI, se comparada a outros estudos. Os sintomas mais relatados foram a sensação de evacuação incompleta, a sensação de obstrução anorrectal ou bloqueio, a sensação de flatulência na região abdominal e o esforço para evacuar. Ressalta-se a importância da atuação do profissional de saúde em orientar hábitos alimentares saudáveis e incentivar a prática de exercícios físicos a fim de melhorar a qualidade de vida desses indivíduos.

Referências

1. Bharucha A, Pemberton J, Locke G. American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology*. 2013;144(1):218-38.
2. Cota RP, Miranda LS. Associação entre constipação intestinal e estilo de vida em estudantes universitários. *Rev Bras Nutr Clin*. 2006; 21(4):296-301. Disponível em: <<http://www.sbnpe.com.br>> Acesso em: 23 abril 2008.
3. Magalhães ACP, et al. Prevalência e fatores de risco para constipação intestinal em estudantes universitários. *NutrPauta*. 2002;(56):13-17.
4. Brading AP, Turner WH. The unstable bladder: towards a common mechanism. *Br J Urol*. 1994;73:3-8.
5. Dvorkin LS, Knowles CH, Scott SM, Williams NS, Luniss PJ. Rectal intussusception: characterization of symptomatology. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 824-31.
6. Henschler U. Fisioterapia em Ginecologia. São Paulo: Santos; 2007.

7. Rome foundation: The Functional Gastrointestinal Disorders. Constipation module. Questionários de diversas disfunções gastrointestinais. Disponível em: <<http://www.romecriteria.org>> Acesso em: abril 2008.
8. Dong Y-Y, Chen F-X, Yu Y-B, Du C, Qi Q-Q, Liu H, et al. A school-based study with Rome III criteria on the prevalence of functional gastrointestinal disorders in Chinese college and university students. PLoS One [Internet]. 2013 Jan [cited 2014 Oct 19];8(1):e54183. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3548818/>&tool=pmcentrez&rendertype=abstract
9. Bharucha A, Wald A. Transtornos anorretais. Arq Gastroenterol [Internet]. 2012 [cited 2014 Nov 2];49:51–60. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-28032012000500009&script=sci_arttext&tlang=es
10. Korelo R, Kosiba C, Grecco L, Matos R. Influência do fortalecimento abdominal na função perineal, associado ou não à orientação de contração do assoalho pélvico, em nulíparas. Fisioter Mov [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 2];24(1):75–85. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fm/v24n1/v24n1a09.pdf>
11. Trisóglia C, Marchi CMG, Torres U dos S, Netinho JG. Prevalência de Constipação Intestinal entre Estudantes de Medicina de uma Instituição no Noroeste Paulista. Rev Bras Coloproctol. 2010;30(2):203–9.
12. Braz CR de S, Lessa NMV. Fatores de risco e prevalência de constipação intestinal em graduandos do curso de nutrição de um centro universitário no leste de Minas Gerais. Nutr gerais. Ipatinga; 2011;5(8):740–54.
13. Collete VL, Araújo CL, Madruga SW. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal: um estudo de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007. Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro; 2010;26(7):1391–402.
14. Martinoff T, Aquino R de C de. Avaliação de constipação intestinal e sua relação com hábito alimentar e estilo de vida de universitários. Rev Bras Ciências da Saúde. 2008;3(15):47–51.

Guilherme Tavares de Arruda

Endereço para correspondência – Rua: General Osório, nº 330,
Bairro: Centro, CEP: 97060-270, Santa Maria, RS, Brasil.

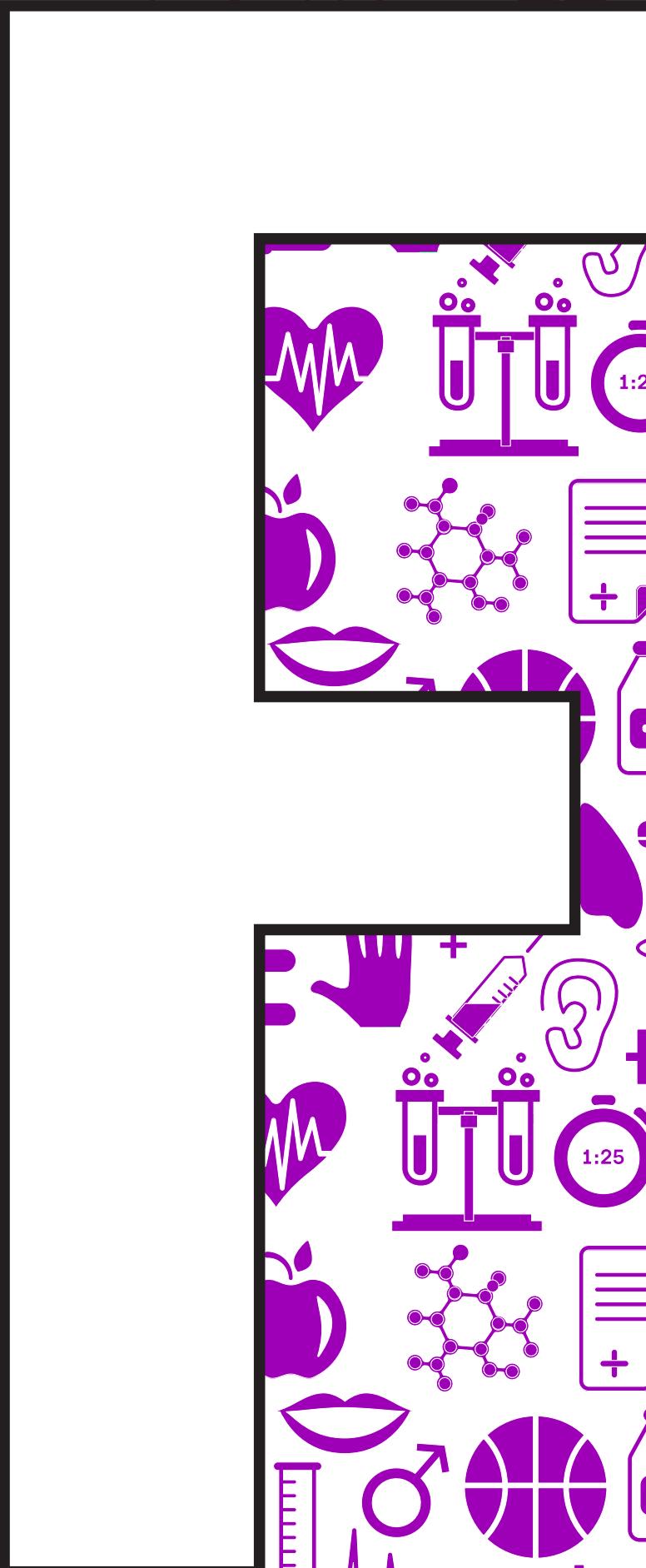
E-mail: gui_tavares007@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3473188802626741>

Melissa Medeiros Braz – melissabraz@hotmail.com

**Enviado em 26 de janeiro de 2016.
Aceito em 15 de setembro de 2016.**

FONOaudiología



TAXA DE EVASÃO NO RETESTE DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL: a relevância do Termo de Responsabilidade

EVASION RATE IN SCREENING OF HEARING NEWBORN RETEST: The Relevance of the Disclaimer

Bianca Bertuol¹, Ândrea de Melo², Bruna Machado Corrêa³, Eliara Pinto Vieira Biaggio⁴

RESUMO

Objetivo: verificar se houve diminuição da taxa de evasão no reteste da Triagem Auditiva Neonatal, após implementação de um procedimento de assinatura de um termo de responsabilidade. Metodologia: foram avaliados 90 prontuários de neonatos com necessidade de reteste, pois falharam na Triagem Auditiva Neonatal, em um Hospital Universitário. Os prontuários foram divididos em grupo estudo (49), os quais os responsáveis assinaram o termo de responsabilidade, assim se comprometiam com o retorno para conclusão diagnóstica e grupo controle (41) sem a assinatura do referido termo. Analisou-se a taxa de evasão nos dois grupos, considerando a presença no reteste. Resultados: o grupo estudo apresentou uma taxa de evasão de 29% no reteste, já o grupo controle evidenciou taxa de 42%, mostrando diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Conclusão: Foi encontrada diminuição da taxa da evasão dos bebês no reteste da Triagem Auditiva Neonatal, após implementação do procedimento de assinatura de um termo de responsabilidade.

Descritores: Triagem Neonatal; Indicador de Risco; Recém-nascido; Audição.

ABSTRACT

Purpose: To verify the correlation between decreased dropout rate in the retest of the newborn hearing screening before and after the implementation of a liability waiver. Methodology: after the development of a liability waiver for mothers and/or guardians, 90 records of newborn in need of a retest, from the newborn hearing screening of a university hospital, were evaluated. The records were divided into experimental group (49), in which the liability waiver was signed, and control group (41), in which it was not. The retest dropout rate was analyzed in both groups. Results: The experimental group showed a retest dropout rate of 29%, while the control group showed a rate of 42%, exhibiting a significant difference between groups. Conclusion: After the implementation of a liability waiver, a decrease in the dropout rate of the newborn hearing screening retest was found.

Descriptors: Neonatal Screening; Risk Index; Newborn; Hearing.

¹ Fonoaudióloga graduada pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

² Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

³ Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

⁴ Doutora em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil.

Introdução

A partir da 20^a semana gestacional, o sistema auditivo já se encontra formado e bem constituído, permitindo à criança ouvir e reagir aos primeiros sons, ainda dentro do ventre materno¹. Essa troca de experiências sonoras, que se inicia na vida intrauterina, desempenha papel de suma relevância para a constituição psicossocial do sujeito futuramente, sendo fundamental a integridade anatomo-fisiológica do sistema auditivo para que ocorra todo esse processo².

A deficiência auditiva (DA) acarreta riscos e comprometimentos ao desenvolvimento da linguagem, do sistema cognitivo, do aprendizado e da inclusão social da criança, o que justifica a inserção das crianças com DA em programa de intervenção precocemente³. A DA representa a principal causa dos distúrbios da comunicação na infância, pois altera o curso do desenvolvimento típico da linguagem e da fala⁴.

Para que a intervenção ocorra o mais breve possível é necessário o diagnóstico precoce da DA, sendo assim faz-se necessária a realização da Triagem Auditiva Neonatal (TAN), que tem por objetivo identificar crianças com suspeita de DA ainda na maternidade⁵.

Mesmo diante da relevância da intervenção precoce apontada em diversos estudos^{6,7,8}, o diagnóstico deste déficit sensorial é tardio no Brasil, acontecendo por volta dos três a quatro anos de idade e leva até dois anos para ser concluído⁸. Tal fato pode estar relacionado a não adesão das famílias aos programas de TAN⁹.

Outra situação que também é evidenciada, é o não comparecimento ao reteste da TAN em casos de “falha” na primeira etapa do programa de TAN e, por consequência, a não conclusão da avaliação auditiva da criança⁴.

Como referido anteriormente, os programas de identificação precoce da DA buscam o diagnóstico e a intervenção em um período determinante para a aquisição da linguagem, porém para que tais objetivos sejam alcançados é essencial que haja adesão das famílias em todas as fases desse processo¹⁰. Esta não adesão aos programas de TAN é apontada em diversos estudos e as principais causas da elevada taxa de evasão destacadas são de cunho socioeconômico-culturais, tais como, falta de conhecimento sobre o tema, desinteresse, dificuldades financeiras, dificuldade em conciliar o agendamento e o não comparecimento, além da dificuldade em se contatar uma enorme quantidade de famílias^{10,11,12}.

Quando os neonatos falham na TAN os pais devem ser orientados sobre a necessidade e relevância de realizar o reteste, no mesmo serviço que realizou o primeiro teste, no período de no máximo 30 dias após a alta hospitalar^{4,,5,12}. Nestes casos de falha, uma orientação acerca da relevância da realização do reteste da TAN, com a mãe ainda no leito antes da alta hospitalar, deve ser realizada¹⁰.

Todo paciente e sua família têm o direito de serem informados adequadamente, de forma clara e acessível, sobre todos os riscos e resultados dos procedimentos realizados, qual o tratamento recomendado, se existem opções viáveis de tratamento, os benefícios, limitações associadas a estas escolhas de tratamento e as consequências. Entretanto possuem o dever de comparecimento para exames complementares, caso necessário. No local onde esta pesquisa foi desenvolvida, considerou-se a hipótese que um possível meio de minimizar a evasão no reteste da TAN seria a utilização de um Termo de Responsabilidade. Esse termo é um documento informativo que tem como finalidade a ciência expressa por parte dos pais e/ou responsáveis pelo neonato avaliado, com o objetivo de comunicá-los sobre o resultado de falha na TAN e da data para realizar o reteste, tornando-os responsáveis pelo retorno e novo agendamento em caso da impossibilidade na data marcada.

O referido termo funciona como um consentimento informado, que é descrito como uma forma de comunicação e diálogo entre o profissional da área da saúde e o paciente ou os responsáveis por este. O processo dialógico apresenta várias fases independentes como a informação, o esclarecimento, o consentimento, a intervenção e a convalescença; o consentimento se dá como um ato de autorização autônoma. A utilização do Termo de Responsabilidade, como um consentimento informado, na prática clínica diária faz com que os princípios éticos sejam respeitados, assegura a relação de confiança entre profissional e paciente e tende a elevar o nível de qualidade do tratamento proposto, uma vez que maximiza a adesão ao tratamento proposto e/ou retornos para conclusão diagnóstica¹³.

O presente estudo tem como objetivo verificar se houve diminuição da taxa de evasão no reteste da TAN, após implementação de um procedimento de assinatura de um termo de responsabilidade.

Metodologia

Estudo do tipo quantitativo com delineamento descritivo e retrospectivo, que visou investigar se a utilização de um procedimento de controle da taxa de evasão foi eficiente por meio de análise dos prontuários dos pacientes atendidos em um hospital de referência no interior do Rio Grande do Sul, durante o período de abril a maio do ano de 2014. Tal estudo está vinculado ao Projeto de Pesquisa: “Deficiência Auditiva Infantil: do diagnóstico à intervenção”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Instituição de Ensino Superior, sob o número 14804714.2.0000.5346 e pela Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) do referido hospital sob o número 610.506. Para tanto, foi realizado um levantamento no banco de dados do Programa de TAN do hospital de referência.

Em relação aos procedimentos de TAN adotados no referido serviço, segue-se recomendações internacionais e nacionais^{4,5}, sendo que se tem o seguinte protocolo: Tria-se os bebês sem Indicadores de Risco para Deficiência Auditiva (IRDA) com o procedimento de pesquisa de Emissões Otoacústicas Transientes (EOAT) e os bebês que apresentam IRDA são triados com o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico Automático (PEATE-a). Em caso de falha na TAN, o reteste é agendado pela fonoaudióloga, no mesmo serviço, no prazo máximo de 15 dias e o procedimento adotado é a pesquisa do PEATE-a. Acontecendo uma recidiva do resultado falha, no reteste, com integridade de orelha média (garantida pela realização da imitanciometria de altas frequências e avaliação otorrinolaringológica), o bebê é encaminhado para um Serviço de Alta Complexidade para conclusão diagnóstica e início da intervenção. Realiza-se também o monitoramento da função auditiva nos bebês com IRDA, independente do resultado da TAN.

No mês de abril de 2014 foi desenvolvido um termo de responsabilidade para mães e/ou responsáveis, no qual ficou evidenciada a necessidade de retorno para reteste e a respectiva ciência, por meio da assinatura de tal documento. O termo (apresentado abaixo) foi utilizado quando o bebê apresentou falha na TAN e necessitou de uma nova triagem (reteste).


HUSM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DE SANTA MARIA



TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, responsável por _____, avaliado (a) na Triagem Auditiva Neonatal tendo como resultado FALHA:

orella direta orella esquerda ambas as orelhas

Fui informado sobre a necessidade da realização do reteste no Teste da Orelhinha e deverei retornar para nova avaliação no dia ____/____/____ às ____:____ no Hospital Universitário de Santa Maria, Ambulatório de Audiologia - Triagem Auditiva Neonatal, Ala E – Térreo. Sou ciente que o não comparecimento para tal avaliação é de minha inteira responsabilidade.

Santa Maria, ____/____/____

Responsável

Fonoaudióloga

*Caso não possa comparecer ligue para remarcar! 3220-8505

Para a realização do estudo foram localizados 90 prontuários de bebês que apresentaram resultado de falha na TAN, com indicação para o reteste, no período de abril a maio do ano de 2014. Tais prontuários foram divididos em dois grupos: Grupo Estudo: com 49 prontuários de bebês, os quais os responsáveis assinaram o termo de responsabilidade; Grupo Controle: com 41 prontuários de bebês sem a assinatura do referido termo.

Cabe ressaltar que o grupo controle foi formado por prontuários de pacientes atendidos antes da implementação de assinatura do termo.

Analisa-se a taxa de evasão nos dois grupos, considerando a presença no reteste. Foi realizada análise descritiva, com números absolutos e frequências das variáveis. A análise comparativa foi realizada por meio do teste estatístico de aderência do Qui-quadrado, no programa *Statística*. Para o teste de hipótese foi fixado nível de significância de $p < 0,05$ (5%) e intervalos de confiança construídos ao longo do trabalho de 95%.

Resultados e Discussão

Na análise da taxa de comparecimento ao reteste da TAN, considerando a conduta de assinatura do termo responsabilidade, observou-se que o Grupo Estudo apresentou uma taxa de evasão de 29% no reteste. Já o Grupo Controle apresentou taxa de 42% (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos prontuários conforme a variável assinatura do termo de responsabilidade

GRUPO ESTUDO	Retornou TAN		Não retornou TAN		Total	p- valor
	N	%	N	%		
	35	71	14	29		
GRUPO CONTROLE	21	58	20	42	41	0,006*

* Valor estatisticamente significante ($p \leq 0,05$) - Teste do Qui-quadrado.

Legenda: N= números de sujeitos; % = porcentagem referente ao número de sujeitos.

A partir dos achados ficou evidenciado que a utilização do Termo de Responsabilidade influenciou diretamente na diminuição da taxa de evasão do reteste, uma vez que, houve uma diferença estatisticamente significante entre o Grupo Estudo e Controle ($p=0,006$). Os referidos achados do estudo cumprem o objetivo do consentimento informado, que foi elaborado baseado na aplicação do Termo de Responsabilidade, que tem como objetivo aperfeiçoar o serviço e o atendimento ao paciente¹³ e melhorar o padrão de competência e efetividade nos programas e a qualidade das avaliações audiológicas¹⁴.

É importante salientar que no Grupo Estudo, quando estes não puderam comparecer ao reteste, os responsáveis ligaram para o serviço para reagendar nova data, mostrando comprometimento e sendo isto ocorrido pela primeira vez com tanta frequência no serviço. Fato este que diminuiu significativamente a taxa de evasão no reteste e permitiu um maior controle da situação destes neonatos.

Este panorama de evasão nos retestes na TAN é tema de diversos estudos^{10,11,15,16,18,19,21} como alguns podem ser visualizados no Quadro 1. Em um estudo¹⁵ encontrou-se um grande índice de famílias que não aderiram ao reteste da TAN, isto é, uma taxa de evasão de 71,5%, bem acima da taxa de evasão do Grupo Estudo do presente trabalho, mesmo o referido estudo utilizando estratégias de ação educativa. Cabe ressaltar que tal estudo foi realizado em hospital público (Hospital Universitário de Pernambuco – HU/UFPE) vinculado à rede SUS (Sistema Único de Saúde), assim como o presente trabalho.

Quadro 1 – Resumo dos principais estudos sobre taxa de evasão em Programas de Triagem Auditiva Neonatal.

Estudo/ano	Tipo do Hospital	n (falhas na 1ª TAN)	Taxa de Evasão
Dantas, 2009	Privado	93	7,2%
Berni et al, 2010	Público	271	25,46%
Françozo et al, 2010	Público	92	20,66%
Silva, 2012	Público	179	71,5%
Alvarenga, 2012	Público	83	60,9%
Friderichs et al, 2012	Público	191	14,9%

Legenda: n = número de sujeitos; % = porcentagem referente ao número de sujeitos.

Ainda no Brasil, em estudo realizado em outro serviço público¹⁰, os autores observaram também uma taxa de evasão mais elevada do que no presente estudo, em que 60,9% das crianças que falharam na TAN não retornaram ao reteste.

Os dados de um estudo desenvolvido em um serviço privado de Maceió/AL mostram que a taxa de evasão foi de 7,2%, muito abaixo das demais taxas encontradas em estudos realizados em serviços públicos. Outro ainda apresenta 20,66% de evasão na segunda avaliação auditiva¹⁴. Um motivo importante para estes achados foi descrito em estudo realizado em hospital público, em que referiu que a população estudada, encontra-se em condições consideradas desfavoráveis para o desenvolvimento dos neonatos e sua saúde, pois as gestantes pertencem a uma categoria de risco. Os autores ressaltam que os resultados encontrados servem de alerta para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde dessa população²⁰. Em serviços fora do país, têm-se uma evasão média de 12,95% em serviços públicos, o que é um índice baixo em relação aos serviços públicos no Brasil^{18,19}.

Alguns estudos afirmam que a falta de conhecimento por parte dos pais e responsáveis usuários do SUS, questões socioeconômicas, demográficas e o desinteresse perante as questões de saúde auditiva dos filhos são aspectos que influenciam na adesão ao acompanhamento audiológico^{17,10}.

Em relação ao acompanhamento audiológico, no estudo realizado no hospital universitário da UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO (UFPE), pôde-se observar que 29,8% das mães usuárias aderiram ao acompanhamento audiológico, com a maioria dessas, relatando ter recebido orientação sobre saúde auditiva de algum profissional de saúde. Sendo assim, o estudo reforça que a prática da ação educativa é um fator significante para a adesão ao acompanhamento audiológico. O termo implementado no presente estudo teve o objetivo de uma ação educativa, pois se visualizou a necessidade de informação para as mães e pôde-se também observar um fator significante na adesão das famílias ao acompanhamento audiológico¹⁴.

Um estudo recente sobre a adesão a um programa de TAN apresenta outra forma de ação educativa, em que mães e/ou responsáveis dos bebês participam de um grupo de orientação sobre a TAN e sobre a saúde auditiva, realizada por fonoaudiólogo e assistentes sociais. Além disso, em caso de 'falha' na triagem, a mãe e/ou responsável é orientada sobre os próximos procedimentos em vista da preocupação com o resultado anterior²¹. O Serviço Social, em alguns casos, disponibiliza passagens de ônibus para o retorno para o reteste, verifica também outras possibilidades para facilitar e resolver qualquer impedimento para o retorno da mãe com o bebê. Se o responsável não retorna na data agendada para o reteste, o Assistente Social responsável entra em contato para verificar os motivos da ausência no acompanhamento e dá continuidade as orientações sobre a relevância do reteste.

Visualiza-se que a ação educativa (Termo de Responsabilidade) implantada pelo serviço em questão, trouxe benefícios na adesão ao acompanhamento audiológico e trouxe melhora no atendimento do Programa de TAN do referido hospital. Tais achados corroboram os achados do presente estudo, que mostrou diminuição de evasão do programa de TAN após o uso do termo de responsabilidade.

Considerações Finais

Foi encontrada diminuição da taxa da evasão dos bebês no reteste da TAN, após implementação do procedimento de assinatura de um termo de responsabilidade, uma vez que a taxa de evasão passou de 42% para 29%.

O índice encontrado ainda está acima do recomendado, mas evidenciando que tal termo pode ser considerado uma ferramenta efetiva na diminuição de evasão de um programa de triagem auditiva e seu uso deve ser consolidado, associado a outras ações educativas.

Referências

1. Correa-Gillieron EM. Embriologia e Histologia em Fonoaudiologia. 2º edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, 196
2. Soares AD, Goulart BNG, Chiari BM. Narrative competence among hearing-impaired and normal-hearing children: analytical cross-sectional study. São Paulo Med. J. 2010; 128(5): 284
3. JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING. Year 2007 position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. Pediatrics. 2007;120(4):898-921.

4. ACADEMY OF AUDIOLOGY. Audiologic guidelines for the assessment of hearing in infants and young children. [internet] 2014 cited [2012 08] Available From: http://www.audiology.org/resources/documentlibrary/Documents/201208_AudGuideAssessHear_youth.pdf
5. Lewis DR, Marone SAM, Mendes BCA, Cruz OLM, Nóbrega M. Comitê Multiprofissional em Saúde Auditiva (COMUSA). Braz. Jor. Otorhinolaryngol, 2010; 76(1) 121-128.
6. Yoshinaga-Itano C, Sedey AL, Coulter DK, Mehl AL. Language of early and later identified children with hearing loss. Pediatrics. 1998; 102:1161-71.
7. Pinto MM, Raimundo JC, Samelli AG, Carvalho ACM, Matas CG, Ferrari GMS, et al. Idade no diagnóstico e no início da intervenção de crianças deficientes auditivas em um serviço público de saúde auditiva brasileiro. Arq. Int. Otorrinolaringologia, 2012; 16(1): 44-9.
8. Miguel JHS, Novaes BCAC. Reabilitação auditiva na criança: adesão ao tratamento e ao uso do aparelho de amplificação sonora individual. ACR. 2013; 18:171-78.
9. Fernandes JC, Nozawa MR. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. Ciência & Saúde Coletiva, 2010;15(2): 353-361.
10. Alvarenga KF, Gadret JM, Araújo ES, Bevilacqua MC. Triagem auditiva neonatal: motivos da evasão das famílias no processo de detecção precoce. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2012;17(3):241-7.
11. Berni PS, Almeida EO, Amado BC, Almeida Filho N. Triagem auditiva neonatal universal: índice de efetividade no reteste de neonatos de um hospital da rede pública de Campinas. Rev CEFAC. 2010;12(1):122-7
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Primária. Política Nacional de Atenção Primária. Portaria nº 148, de 31 janeiro 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. Borges AM, Consentimento Informado e Autonomia na Relação Médico-Paciente. Revista Jurídica Cesumar, (2010).
14. Silva ARA, Silveira AKDA, Curado NRPV, Muniz LF, Griz SMS. Acompanhamento em programas de saúde auditiva infantil: Uma revisão integrativa. Rev. CEFAC. 2014; 16(3):1003-1003.
15. Silva ARA, Barbosa CP, Silveira AK, Curado NRPV, Linhares FMP, Griz SMS. Ações educativas e a adesão ao acompanhamento audiológico de neonatos e lactentes. Rev enferm UFPE on line. 2012;6(12):2998-3008.
16. Dantas MBS, Anjos CAL, Camboim ED, Pimentel MCR Resultados de um programa de triagem auditiva neonatal em Maceió Rev Bras Otorrinolaringol 2009;75(1):58-63.
17. Alvarenga KF, Bevilacqua MC, Melo TM, Lopes AC, Moret ALM Participação das famílias em Programas de Saúde Auditiva: um estudo descritivo Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2011;16(1):49-53.
18. Friderichs N, Swanepoel D, Hall JW. Efficacy of a community-based infant hearing screening program utilizing existing clinic personnel in Western Cape, South Africa. Department of Communication Pathology, University of Pretoria, South Africa. Int J Pediatr Otorhinolaryngol; 2012; 76(4):552-9 Apr.
19. Liu CL, Farrell J, MacNeil JR, Stone S, Barfield Evaluating Loss to Follow-up in Newborn Hearing Screening in Massachusetts. PEDIATRICS. 2008; 121(2): 335-343.
20. Griz SMS, Barbosa CP, Silva AR de A, Ribeiro MA, Menezes DC. Aspectos demográficos e socioeconômicos de mães atendidas em um programa de triagem auditiva neonatal. Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol. 2010;15(2):179-183.
21. Françozo MFC, Masson GA, Rossi TRF, Lima MCMP, Santos MFC Adesão a um Programa de Triagem Auditiva Neonatal Saúde Soc. São Paulo. 2010;19(4): 910-918.

Bianca Bertuol

Endereço para correspondência – Rua: General Neto, n° 504, ap 1108,

Bairro: Centro, CEP: 97240-050, Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: bianca.bertuol@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4872550918654910>

Ândrea de Melo – andrea.de.melo@hotmail.com

Bruna Machado Corrêa – brucorreadafono@yahoo.com.br

Eliara Pinto Vieira Biaggio – eliarapv@yahoo.com.br

Enviado em 11 de setembro de 2015.

Aceito em 18 de maio de 2016.

INTERDISCIPLINARY

Santa Maria, v. 42, n.2, p. 137-148, jul./dez. 2016

A TERAPÊUTICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL À LUZ DO DISPOSITIVO “PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR”

THERAPEUTICS IN A PSYCHOSOCIAL CARE CENTRE IN THE LIGHT OF THE “SINGULAR THERAPEUTIC PROJECT” DEVICE

Rafaela Quintana Marchesan¹, Ana Luiza Ferrer²

RESUMO

Este estudo analisou a percepção dos usuários acerca do Projeto Terapêutico Singular em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada com dez usuários do serviço, em 2015. A produção de informações ocorreu por meio da técnica de grupo focal. A análise das informações foi realizada com base na hermenêutica Gadameriana. Os resultados apontam para a importância do trabalho de referência na organização do cuidado em saúde mental, por ser baseado no vínculo entre usuários e trabalhadores. Além disso, o CAPS foi percebido como um dispositivo de cuidado efetivo pelos participantes, embora o Plano Terapêutico Singular que norteia a terapêutica apresente limitações importantes, restringindo-se a inserção dos usuários nas atividades do serviço. Por fim, considera-se que esta pesquisa poderá subsidiar trabalhadores e gestores em prol de uma maior qualidade no cuidado prestado em saúde mental.

Descriptores: Saúde Mental; Assistência Centrada no Paciente; Reabilitação; Apoio Social; Serviços de Saúde Mental.

ABSTRACT

This study analyzed the perception of users about Singular Therapeutic Project at a Psychosocial Care Centre (CAPS) in a city in the interior of Rio Grande do Sul. It is a qualitative research, carried out with ten users of the service, in 2015. Information was produced based on the focal group technique. Information analysis was based on Gadamerian hermeneutics. Results highlight the importance of the reference work regarding the organization of the mental health care, since it is based on the bond among users and workers. Moreover, CAPS was perceived as an effective device of care by the participants, although the Singular Therapeutic Plan that guides the therapeutics presents important limitations, restricting the insertion of users in the activities of the service. Final considerations convey that such research may subsidize workers and managers, as regards improvement of quality of care offered in mental health.

Descriptors: Mental Health; Patient-centered Care; Rehabilitation; Social Support; Mental Health Services.

¹ Residente em Saúde Mental pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

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

Introdução

A partir da literatura disponível, percebe-se que várias foram as transformações empenhadas nas relações entre sociedade e loucura e, consequentemente, nas práticas e instituições direcionadas a “tratá-la”, a partir do movimento que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica¹. No modelo tradicional, o tratamento dispensado ao paciente psiquiátrico não o entendia como sujeito ativo e corresponsável por seu tratamento, não envolvia sua família e não valorizava o contexto em que ele estava inserido, pois o olhar voltava-se exclusivamente para a doença. Já o modelo de atenção psicossocial tem como premissas a valorização do saber e das opiniões dos usuários e da família, o que é viabilizado na construção do chamado Projeto Terapêutico Singular (PTS)².

Este dispositivo, que foi pensado com a intenção de romper com as relações manicomiais e com as formas excludentes de tratamento antes estabelecidas, implica pensar de forma singularizada em como diminuir o sofrimento de um usuário e proporcionar-lhe possibilidades de resgatar vínculos com a vida³. Para que isso seja possível, a construção de um Plano Terapêutico Singular pressupõe uma concepção de sujeito que o considere em sua complexidade e contemple os aspectos biológicos, psicológicos, socioeconômicos e culturais que o constituem².

Nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as estratégias de intervenção são planejadas por intermédio do Projeto Terapêutico Singular, ferramenta importante para o desenvolvimento do cuidado, na medida em que serve de eixo de referência para guiar as ações dos profissionais na busca para atender à inserção social e à reabilitação psicossocial da pessoa em sofrimento psíquico grave⁴. Segundo a legislação que discorre sobre o conceito de Projeto Terapêutico, o mesmo define-se como o conjunto de objetivos e ações voltados para a recuperação do usuário do serviço, desde a admissão até a alta. Configura-se, assim, como um instrumento de gestão que deve contemplar o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares adequados às características da clientela, compatibilizando a proposta de cuidado com a necessidade de cada usuário e de sua família⁵.

Dentre questões significativas que norteiam a construção de um Projeto Terapêutico Singular, salienta-se a importância da esfera relacional intrínseca à construção de um projeto singularizado de cuidado, visto que a terapêutica individual é, antes de tudo, uma nova relação a ser experimentada com alguém, com quem teremos que construir algo, sem que se possa antecipar como será essa relação, pois essa pessoa é única e diferente de todas as outras. Desta forma, na base de todo Plano Terapêutico Singular está uma relação interpessoal dual, um encontro entre dois estranhos, um que espera alguém necessitado de cuidado e outro que dele precisa, a seu modo³.

Outros autores corroboram essa questão, ao mencionarem que a realização de uma clínica ampliada só é possível a partir da construção de responsabilidade singular e vínculo estável entre profissional de saúde e usuário. Isto, posto que o contato esporádico e vertical de diferentes profissionais, sem um coordenador para cada caso, pode comprometer e fragmentar o cuidado, de modo que todas as ferramentas que facilitem a vinculação do usuário com algum profissional devem ser adotadas. Este Profissional de Referência, como é chamado, terá a responsabilidade de acompanhar as pessoas ao longo de todo seu tratamento naquela instituição, providenciando a intervenção de outros profissionais ou serviços quando necessário e, finalmente, assegurando sua alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema⁶.

Apesar dessa responsabilidade que o Profissional de Referência terá de assumir, é importante que ele possa confiar na instituição em que trabalha, sentindo-se amparado pelos colegas de equipe nos momentos difíceis dessa nova relação³. Isto, tendo em vista que no cerne de toda a construção de um Projeto Terapêutico Singular também estão presentes a interdisciplinaridade e a integração de diferentes saberes e fazeres.

Por fim, com base nas considerações apresentadas a respeito da importância desse dispositivo, este estudo se propôs a analisar a percepção dos usuários acerca do Projeto Terapêutico Singular em um Centro de Atenção Psicossocial de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Interpeladas pela realidade vivenciada neste serviço de saúde mental, pôde-se observar que havia uma problemática em relação à excessiva permanência dos usuários no CAPS. Essa problemática envolvia algumas questões importantes, dentre as quais a forma como é construído o Projeto Terapêutico Singular e a não vinculação e circulação dos usuários por outros pontos e dispositivos no território. Com base nisso, a questão que se colocou e se tornou objeto de investigação nesta pesquisa foi: Como a construção do Projeto Terapêutico Singular tem contribuído na problemática da excessiva permanência dos usuários no CAPS? A partir desta questão nos propomos a investigar: Qual a percepção dos usuários acerca do Projeto Terapêutico Singular traçado no CAPS? Que atividades e intervenções ele possui? Ele dá conta das necessidades dos usuários? Como os usuários entendem o arranjo Profissional de Referência? Como se dá a relação com estes profissionais?

A importância da pesquisa é sustentada pelo fato de que esse dispositivo organiza e norteia a terapêutica ofertada aos usuários no CAPS, de modo que sua análise, a partir da percepção de quem o vivencia, constitui-se fundamental para aprimorar a assistência prestada. Espera-se, assim, que este estudo possa subsidiar e instrumentalizar a atenção, formação, gestão e controle social para que se busquem ações em prol de uma maior qualidade dos atendimentos prestados no serviço e na rede de saúde mental como um todo.

Metodologia

A pesquisa em questão utilizou o método qualitativo^{7,8}, tendo em vista o interesse pela apreensão de informações de natureza subjetiva, ou seja, os sentidos e as significações que os participantes têm sobre a temática proposta. O estudo foi guiado pela teoria hermenêutica Gadameriana^{9,10}, a qual entende que os sujeitos pertencem à uma realidade histórica e que sua linguagem é limitada ao tempo e ao espaço em que foi construída, sendo necessário considerar o contexto de produção e as tradições que o sustentam.

O destaque do objeto se deu através da suspensão dos preconceitos dos pesquisadores sob a forma de perguntas, sendo este movimento possível a partir do presente e interesse dos pesquisadores. Este movimento é constituído por dois horizontes (passado-presente), uma vez que os pesquisadores são interpelados pela própria tradição sobre o tema. O destaque do objeto é apropriado pois não faz o tradicional recorte, amputando-o de suas condições de produção, mantendo uma relação recíproca com o contexto do qual foi destacado. Nesta pesquisa, o objeto de estudo é a percepção dos usuários acerca do Projeto Terapêutico Singular, destacado do contexto de um CAPS II e de uma rede comprometida com o avanço da Reforma Psiquiátrica¹¹.

O local da pesquisa consiste em um CAPS do tipo II, localizado em um município do interior do Rio Grande do Sul, que trata adultos com transtornos mentais graves e persistentes¹². A escolha pelo local é justificada pela atuação de uma das pesquisadoras no serviço durante dois anos, enquanto residente em saúde mental. Integraram a pesquisa dez usuários do referido CAPS, com tempo de tratamento no serviço entre oito e quinze anos, e que faziam uso do CAPS com uma frequência de dois a seis turnos por semana, conforme o Plano Terapêutico Singular traçado.

Foram convidados a participar do estudo aqueles usuários com maior tempo de tratamento no CAPS e que faziam uso do serviço com maior intensidade, dados que foram obtidos por intermédio do levantamento de dados nos prontuários do serviço. Tais critérios de seleção se justificam pelo fato de que, para cumprir com o objetivo desta pesquisa, interessavam aos pesquisadores a participação de usuários que utilizavam o serviço há algum tempo e que seguiam um Plano Terapêutico Singular. Assim, com estes critérios seria possível aprofundar a reflexão sobre o tema, captar a dinâmica relacional e compreender as representações e os símbolos, incorporando o significado e a intencionalidade inerentes aos fenômenos, como prevê o método qualitativo¹³.

A coleta das informações foi realizada por meio da técnica de grupo focal^{14,15} com a realização de um grupo com os dez usuários participantes, no mês de outubro de 2015, em uma sala de atendimento grupal do Centro de Atenção Psicossocial. Ressalta-se que o número de usuários convidados está de acordo com a literatura, a qual prevê, para a técnica de grupo focal, um número entre seis e doze participantes¹⁶.

Além dos usuários mencionados, o grupo foi acompanhado pela autora da pesquisa, na função de moderadora, e por um observador responsável pelas anotações. Alguns estudos^{14,17} consideram benefícios nos casos em que a condução dos grupos focais é realizada pelo próprio pesquisador ou pela equipe de pesquisa, a exemplo do enfoque em questões de principal interesse para a pesquisa. Além disso, o pesquisador, quando no lugar de moderador, pode avaliar junto com o próprio grupo a pertinência de suas construções ou concepções teóricas, testando suas possíveis interpretações por meio da discussão com os próprios participantes.

Entretanto, o pesquisador/moderador deve atentar para alguns cuidados¹⁴, os quais foram considerados nesta pesquisa, a fim de garantir a fidedignidade das informações. Estes cuidados incluem o não posicionamento diante da discussão, pois o moderador deve ser apenas um facilitador que cria condições para que a discussão flua entre os participantes, controlando seus próprios julgamentos e censuras. Além disso, atentou-se para a criação de uma atmosfera permissiva e não ameaçadora entre os participantes, de tal modo que todos se sentissem encorajados a contribuir.

No que se refere às questões norteadoras que basearam a condução do grupo focal, incluíram questionamentos acerca dos dispositivos "Projeto Terapêutico Singular" e "Profissional de Referência", tais como a participação dos usuários e da família na construção do Projeto Terapêutico Singular; a organização do PTS (que atividades/intervenções possui); a

efetividade do Projeto traçado e sua reavaliação; a quem os usuários procuram no serviço quando necessitam de ajuda e por que procuram esse(s) profissional(is); como é a relação dos usuários com este(s) profissional(is) e se conseguem acessá-lo(s) quando necessitam; o que levaram em consideração na escolha dos Profissionais de Referência e, ainda, o que gostariam que fosse diferente com relação à esses dispositivos. Ressalta-se que as categorias apresentadas nos resultados foram criadas a partir das questões norteadoras do roteiro do grupo focal.

O encontro teve duração aproximada de duas horas, sendo gravado em áudio, com a autorização prévia dos participantes. Além disso, as falas dos participantes foram transcritas na íntegra, sendo o material de base para a análise e interpretação. Foram expostas nos resultados as falas com maior impacto e relevância textual.

No processo de análise das informações tomou-se por base a hermenêutica Gadameriana⁹. Conforme este referencial, a compreensão é sempre um comportamento produtivo e nunca somente reprodutivo, de modo que a cada vez que nos dispomos a compreender algo, compreendemos de uma forma diferente. Assim, a análise torna-se circular, partindo do princípio hermenêutico de um círculo não vicioso, mas de uma espiral, pois apesar de sermos obrigados a passar pelo mesmo lugar, passa-se sempre em uma altitude diferente, ou seja, com uma compreensão ampliada. A ideia do círculo hermenêutico faz referência ao movimento constante de rotação entre uma parte do texto e seu significado total, de maneira que “quando fazemos sentido de um fragmento do texto, estamos simultaneamente interpretando o todo”¹⁸.

Inicialmente, realizou-se a leitura do material transscrito a partir do grupo focal, obtendo-se, neste primeiro momento, uma compreensão possível. Em um segundo momento, atentou-se para a literatura disponível a respeito das questões que foram discutidas no grupo focal com os usuários, ampliando a compreensão dos temas debatidos. Em um terceiro momento, dialogou-se o material do grupo focal com a literatura, ressaltando as convergências e divergências, expostas na discussão. Esse movimento de entendimento, que é a interpretação, está orientado pelo que se denomina *Fusão de Horizontes*: “Um texto, ou até mesmo um evento dentro do mundo que interpretamos, tem seu próprio horizonte de significado. A interpretação está situada dentro do horizonte mútuo do intérprete e da coisa a ser interpretada”^{18:13}. Neste sentido, ter um *horizonte* é ter uma perspectiva sobre o mundo. Este *horizonte* estará sempre conectado com o passado, não de maneira a nos mantermos presos a ele, mas situados constantemente num presente por meio do qual o passado nos fala¹⁸.

Quanto aos aspectos éticos, o projeto que antecedeu esse estudo foi encaminhado para análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sendo aprovado sem restrições no dia 05 de outubro de 2015, com número do CAAE 48591615.9.0000.5346.

Resultados

A relação profissional-usuário e o dispositivo “Profissional de Referência”

A condução de uma terapêutica efetiva em saúde mental e a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) que se proponha a atender às reais necessidades da pessoa em sofrimento psíquico grave, pressupõem a existência de responsabilização e vínculo entre usuário e profissional, o que pode ser viabilizado por intermédio do dispositivo “Profissional de Referência”. A partir da análise do grupo focal realizado com os usuários de um Centro de Atenção Psicossocial, percebeu-se que esta ferramenta é, de modo geral, conhecida e utilizada pelos usuários, visto que quando indagados a respeito de quem procuram no serviço quando necessitam de algum suporte, referem que o solicitam aos profissionais que escolheram como sua referência.

Os usuários afirmam, ainda, que possuem dois ou três Profissionais de Referência cada um, os quais são escolhidos por eles, compondo miniequipes. Quanto aos aspectos que motivam a escolha do usuário por acessar determinados profissionais e elege-los como seus Profissionais de Referência, o grupo aponta como alguns dos aspectos mais valorizados a afinidade com o profissional e o conhecimento que ele possui a respeito do usuário, ou seja, sobre sua história de vida, doença e tratamento, por exemplo.

Então, quando eu preciso falar alguma coisa, eu até não me importo de falar com outros [profissionais], assim, mas também não pode ser muito novo, que eu não conheça muito, tem que ter um pouquinho de afinidade pra mim poder me abrir, mas as coisas bem mais íntimas mesmo, aí é só com a psicóloga que é a minha profissional de referência. (Grupo focal com os usuários)

Em consequência disso, os usuários relataram, com frequência, dificuldade em solicitar auxílio e atendimento por parte de outros profissionais, especialmente os mais novos, por receio de serem menos compreendidos. Além disso, a dificuldade em solicitar auxílio de outros integrantes da equipe parece estar alicerçada na crença de que os profissionais que não se ocupam diretamente do caso estariam menos disponíveis a atendê-los:

Eu já tive ruim mas eu não tive com quem falar porque eu não conhecia, os profissionais eram todos novos aqui [...] não pedi porque se eu pedisse eu sabia que não ia dar certo, na minha cabeça eu sabia que não ia dar certo porque ele [o profissional] não me conhecia [...] e será que esse profissional vai aceita conversa com a gente? (Grupo focal com os usuários)

Uma problemática que implica diretamente na questão do vínculo entre usuários e trabalhadores e no dispositivo do Profissional de Referência, e que também é apontada pelos participantes da pesquisa consiste na grande rotatividade de profissionais dentro do serviço, dada pela precariedade do vínculo de trabalho (no caso dos profissionais contratados), pela transferência dos profissionais efetivos à outros serviços e, ainda, pela troca dos profissionais residentes e estagiários à todo o ano.

Assim, apesar da ferramenta do Profissional de Referência ser apontada como uma estratégia interessante para os serviços de saúde mental organizarem seu trabalho e a atenção ao usuário, considera-se importante que o acesso do usuário não se limite à sua equipe de referência, de modo que a equipe como um todo esteja disponível, quando necessário. Isto, tendo em vista que a saída ou ausência dos Profissionais de Referência do usuário no CAPS não deve provocar prejuízos demasiados ao seu tratamento:

O único acesso que eu tenho aqui é a [profissional de referência] [...]. Eu to sempre dizendo pra ela “se um dia tu for embora aqui do CAPS, eu vou embora junto, eu não fico mais, eu não fico mais”. (Grupo focal com os usuários)

Outro aspecto valorizado pelo grupo na escolha dos Profissionais de Referência e que melhora a qualidade do vínculo entre usuário e profissional de saúde mental diz respeito ao envolvimento e implicação que este demonstra com o caso, sua disponibilidade em atender as necessidades do usuário e o tratamento que dispensa à eles. Em relação à isso, é importante destacar que, apesar da maioria dos participantes afirmar que possui uma boa relação com os profissionais, especialmente com a Equipe de Referência, e que conseguem acessá-los quando necessário, estiveram presentes alguns relatos de experiências não tão boas junto aos profissionais, como pode ser percebido no trecho a seguir:

Até hoje eu acho que não encaixei direito com um profissional. Agora, a última profissional de referência, parece que é ela que me procura, não sou eu que procuro ela [...] ela é muito seca, não desenvolve o raciocínio sabe, ou então acha que é bobagem, que é besteira, não leva em consideração o que eu to falando [...] ela me disse assim ó: “Ah, agora só daqui um mês, tu não vem me procura antes”. (Grupo focal com os usuários)

A terapêutica em um Centro de Atenção Psicossocial à luz do dispositivo “Projeto Terapêutico Singular”

Quando da chegada dos usuários até o serviço CAPS, é comum que um ou mais profissionais do serviço realizem um acolhimento, a fim de conhecer a pessoa que está demandando alguma ajuda e traçar meios para suprir algumas de suas necessidades. Quanto ao procedimento formal da realização do acolhimento, os participantes da pesquisa referem que foi realizado de forma individual, por um profissional, momento em que se definiram quais atividades o usuário realizaria no serviço, com ênfase para a sua inserção em grupos e agendamento da consulta psiquiátrica.

A terapêutica ofertada aos usuários pelo CAPS é organizada por intermédio do chamado Plano Terapêutico Singular, dispositivo adotado pelo serviço no final do ano de 2013. Durante a realização do grupo focal percebeu-se, entretanto, que a maior parte dos usuários não tinha conhecimento sobre o significado dessa ferramenta. Apenas dois integrantes do grupo demonstraram maior afinidade com esse dispositivo, os quais apontaram que o mesmo tem a finalidade de sistematizar quais atividades e atendimentos o usuário realizará dentro do serviço:

Plano Terapêutico é pra distribuir nos grupos, pra fazer grupo, pra não ficar ansioso, daí vai participar dos grupos, eu acho que é isso [...]. É pra definir o que a pessoa vai fazer, quantos dias ela vai vim, os grupos que ela vai participar, definir como é que vai ser o tratamento dela. (Grupo focal com os usuários)

No tocante à percepção dos usuários sobre a terapêutica ofertada nota-se, inicialmente, que a ênfase especial é atribuída à medicação psiquiátrica, referida como recurso fundamental e indispensável, sendo responsável por conferir estabilidade e bem-estar ao usuário. Entretanto, para além do tratamento medicamentoso, outros dispositivos também começam a ser reconhecidos como importantes pelos usuários, em especial a participação nos grupos oferecidos pelo CAPS, o atendimento psicológico e a escuta.

Quando indagados sobre como se dá a construção do Plano Terapêutico Singular, o grupo apresenta certa ambiguidade em relação ao fato de sentir que suas opiniões são valorizadas nesse momento. Assim, referem que, apesar de escolherem, por vezes, quais atividades e grupos gostariam de participar, falta maior pontuação e as decisões partem, em muitos momentos, majoritariamente da equipe técnica, especialmente no que diz respeito à diminuição da vinda dos usuários ao CAPS:

Aqui tem um problema, aqui te tiram dos grupos e não te dão satisfação [...]. Eu frequentava todos os dias, era de segunda a sexta, aí de repente foi cortado, fiquei só com os grupos da [profissional de referência] [...]. Antes eu frequentava o grupo psicoterapêutico, me tiraram do grupo, me disseram “tu tá bem”, mas não sabem o interior da pessoa como é que tá, perguntou pra mim se eu tava bem? (Grupo focal com os usuários)

Percebe-se, assim, que a diminuição da vinda ao CAPS e o fato de o tratamento se tornar menos intensivo não é sentido como positivo pela maior parte dos usuários que compuseram o grupo focal, os quais não atribuem essa reformulação do PTS à uma melhora. Justificam, assim, que a menor frequência no serviço e a saída de determinadas atividades e grupos se deve ao inchaço do serviço, e ao fato de ter que ceder a vaga para outros usuários mais adoecidos.

Outra questão explorada durante a realização da pesquisa de campo diz respeito à participação da família no cuidado dos pacientes e na construção do Plano Terapêutico Singular. Com relação à isso, alguns participantes relatam a falta de apoio familiar, referindo que os familiares não participam do tratamento junto ao CAPS. Além disso, demarcam que a família não comprehende o adoecimento do usuário e, por vezes, contribui para o agravamento da condição de sofrimento:

Eu tenho pra dizer que os familiares não levam a gente a sério, muitos familiares, no meu caso, eles me discriminavam pelo meu problema sabe, daí não tinha aquele diálogo, eu tentava conversar, puxava assunto e eles achavam que era coisa de maluco, não davam muita bola [...]. Não ajudam a gente né, a gente se sente lá embaixo com eles. (Grupo focal com os usuários)

Por outro lado, também houveram relatos em que a família foi apontada como suporte importante, sendo correspondente pela melhora dos usuários. Entretanto, nota-se que, em alguns casos, o papel importante atribuído aos familiares diz respeito, predominantemente, ao controle do uso das medicações psiquiátricas.

Quando indagados a respeito da efetividade que atribuem à terapêutica ofertada pelo serviço por intermédio do Projeto Terapêutico Singular, os usuários consideram que obtiveram resultados positivos. Neste aspecto, é importante ressaltar que, para além das atividades estruturadas do CAPS, tais como grupos, oficinas, tratamento psiquiátrico e psicológico, aparece no discurso dos usuários de forma bastante predominante o espaço de socialização que o CAPS viabiliza e a possibilidade de se construírem novas relações:

A gente conhece amigos, faz amigos [...] conversa com gente diferente, a gente faz coisas diferentes, como nós que temos o grupo da feira né, a gente vai na feira, a gente conhece gente, a gente participa, a gente não vai lá pra vender, a gente vai lá pra participar, pra conhecer gente. (Grupo focal com os usuários)

O Centro de Atenção Psicossocial no discurso dos usuários

Outra questão que se considerou importante explorar durante a realização da pesquisa diz respeito à percepção que os usuários possuem a respeito do CAPS, buscando compreender qual o entendimento que possuem acerca da função desse serviço e que efetividade outorgam à ele. De maneira unânime e bastante sólida, os usuários atribuem ao CAPS um marco significativo, referindo que o ingresso no serviço possibilitou maior estabilidade e a diminuição das internações psiquiátricas.

Eu queria dizer que o CAPS foi bem importante pra mim, assim, decisivo pra eu ficar estável. Há uns nove anos atrás, eu tive a minha última internação, e de lá o médico me encaminhou pro CAPS. Quando eu entrei no CAPS tava bem ruim, e ao longo do tempo foi passando, eu comecei a me inserir nos grupos, aí eu nunca mais tive nenhuma internação. (Grupo focal com os usuários)

Além disso, os participantes da pesquisa reconhecem que o modelo de cuidado oferecido pelo CAPS trouxe maiores benefícios, se comparado ao atendimento ambulatorial recebido anteriormente, referindo que apenas as consultas ambulatoriais e a medicação psiquiátrica não davam conta da complexidade do caso. Isto, especialmente no que diz respeito a outros recursos que fazem parte do cotidiano do CAPS, tais como grupos, espaços de encontro e socialização, como já mencionado.

No tocante à função do CAPS, os usuários acreditam que são alguns dos objetivos deste serviço a integração do paciente na sociedade e o seu fortalecimento para lidar com as dificuldades da vida, especialmente com as relações familiares. Além disso, os participantes da pesquisa percebem no CAPS um acolhimento especial, onde é possível se expressar e receber orientação.

Como consequência da forte referência que o serviço representa para os participantes da pesquisa, alguns usuários mencionam, em vários momentos do grupo, que não conseguem imaginar sua vida sem o CAPS. Essa necessidade parece estar relacionada, ainda, a ausência de outras redes de apoio, em especial, a familiar:

A questão de se desvincular do CAPS, dar alta, eu acho que depende de cada um, eu por exemplo, pela família que eu tenho, eu vou ficar no CAPS o resto da vida [...]. Eu sempre considero, assim, o CAPS como a minha segunda família né, minha segunda casa. (Grupo focal com os usuários)

Discussão

A complexidade que envolve o trabalho dos CAPS exige a utilização de dispositivos que facilitem a aproximação singularizada entre profissionais, usuários e o território de vida destes, a fim de possibilitar um acompanhamento que seja sensível às necessidades particulares de cada sujeito^{19,11}. Isto pode ser viabilizado por intermédio do trabalho de referência - baseado no vínculo entre trabalhadores e usuários - e da construção de Projetos Terapêuticos Singulares¹¹.

Inicialmente, os usuários que acessam o CAPS em busca de atendimento são recebidos pelo profissional destinado a realizar o acolhimento, etapa inicial do processo de cuidado². Este momento deve ser constituído de uma escuta sensível e cuidadosa, que pressupõe dar voz à pessoa, à família ou ao grupo que demanda ajuda, para que falem sobre seus problemas, expectativas e tentativas de intervenção²⁰. A este profissional caberá, portanto, a tarefa inicial de acompanhar o caso e construir de modo compartilhado o Projeto Terapêutico Singular daquele usuário, tornando-se o Profissional de Referência para o caso²¹.

Após algum tempo de inserção no serviço, este profissional poderá ser modificado pois, como mencionado nos resultados, os usuários têm a opção de escolher quais serão seus Profissionais de Referência, podendo indicar até três técnicos. Em conformidade com o que a literatura prevê, essa escolha é pautada pelo vínculo existente entre usuário e trabalhador, compreendido como uma relação contínua no tempo, pessoal, intransferível e calorosa^{20,22}.

Em um estudo realizado¹¹ identificaram-se, ainda, outros dois fatores fundamentais para o bom funcionamento do trabalho de referência: a constância do acompanhamento e a disponibilidade dos profissionais em acompanhar os usuários nas diversas questões que lhes são necessárias, aspectos que também são apontados pelos participantes da

pesquisa. Em relação à constância do acompanhamento, observa-se que a rotatividade de profissionais dentro do serviço é um fator que dificulta a efetivação do trabalho de referência. Outros autores corroboram essa questão, ao pontuarem que a gestão dos recursos humanos em saúde deve pressupor que o cuidado em saúde se dá a partir de dispositivos como vínculo e responsabilização, de tal forma que urge a concretização das propostas da Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS, assegurando a efetiva vinculação empregatícia dos trabalhadores de saúde²³.

No que diz respeito à disponibilidade do profissional em atender as demandas do caso para o qual está como referência, é importante ressaltar que, para além de uma escolha baseada unicamente no desejo do usuário, é necessário que os profissionais se identifiquem e reconheçam a singularidade da pessoa que busca ajuda, estabelecendo uma relação empática que pode contribuir para o envolvimento com o caso e práticas menos burocratizadas^{11,24}. Coordenar um PTS exige, assim, disponibilidade afetiva e de tempo para organizar e ativar diversas instâncias²⁰. Sabe-se, entretanto, que a natureza e a diversidade de funções que envolvem o trabalho dos profissionais de referência constituem um aspecto que dificulta a sustentação da clínica. Dentre essas funções, encontram-se as denominadas de “burocráticas”, tais como preenchimento de procedimentos realizados, informações em prontuários e formulários para aquisição de benefícios, além daquelas ligadas à sobrevivência dos usuários, como aquisição de documentos pessoais, alimentação e moradia. Essa gama de funções, quando não discutidas e compartilhadas, geram sobrecarga de trabalho e sofrimento para os trabalhadores¹¹.

O modelo de equipe de referência adotado parece útil, nesse sentido, para viabilizar a discussão interdisciplinar dos casos e a divisão de tarefas e responsabilidades. Contribui, ainda, para a vinculação dos usuários com mais de um profissional e para que este evite sua própria cronicização, uma vez que é questionado por outras concepções científicas e chamado a desenvolver práticas para além do seu núcleo profissional¹¹.

Além disso, a literatura aponta que, embora o trabalho de referência facilite a condução singularizada, o vínculo e a responsabilização pelos casos, cabe a todos os membros da equipe fazer o acompanhamento longitudinal do processo saúde/doença/intervenção de cada usuário, numa perspectiva responsável e resolutiva²⁵. Este aspecto torna-se imensamente importante quando, ao escutarmos os usuários, evidenciamos que existem ressalvas em solicitar o apoio de outros profissionais que não compõem a sua equipe de referência, lógica que acaba por fazer com que o usuário não receba assistência em certos momentos e que sobrecarrega os Profissionais de Referência como únicos responsáveis por responder às demandas do caso. Nesse sentido, sugere-se que o funcionamento das equipes requer permanente construção de pontes que permitam a circulação dos usuários pelo serviço e pelos diversos profissionais, o que possibilita distintos espaços de expressão e acolhimento para as suas experiências^{26,11}.

No tocante, mais precisamente, ao dispositivo Projeto Terapêutico Singular, sua construção inicia-se tão logo ocorra a admissão do usuário no Centro de Atenção Psicossocial, questões que são tratadas no espaço do acolhimento. A respeito da noção de Projeto presente na literatura, remete-se à um “plano-ação”, que engloba uma visão global da situação social existencial e de saúde mental do usuário, articulando meios de responder às suas demandas. Esse plano-ação orienta, em termos gerais, as decisões e se configura como um “lançar para diante” práticas em invenção, preocupadas com a inserção social e a qualidade de vida do usuário²⁷. Para responder à isso, o Projeto articula saberes e práticas de uma equipe multidisciplinar, bem como de equipamentos comunitários que possibilitem à inserção do usuário em seu próprio meio².

Alguns referenciais sugerem a utilização de um roteiro norteador que pode ajudar na organização de um Projeto Terapêutico Singular, ao estabelecer momentos distintos, dos quais: a) o diagnóstico situacional das necessidades, vulnerabilidades, potencialidades e do contexto social; b) a definição sobre quais questões se pretende intervir, utilizando como balizadores a inserção social, a ampliação de autonomia e a ativação da rede de suporte social do usuário; c) a divisão de tarefas e responsabilidades; d) a reavaliação do PTS, mantendo ou redirecionando as intervenções conforme as necessidades, o que pode ser realizado em diversos momentos que incluem encontros com o usuário, a família, reuniões de equipe e reuniões ampliadas com outras instituições implicadas com o PTS^{28,29}.

Ao escutarem-se os usuários, entretanto, percebe-se o quanto a noção de Projeto Terapêutico Singular mencionada por eles aparece simplificada, diminuída em sua essência, ao resumir-se à inserção do usuário em atividades do serviço. Não é de se estranhar, pois, que os usuários percebam como extremamente negativo a diminuição da frequência ao CAPS, por meio da reformulação do PTS, na medida em que o serviço tem se apresentado como uma das únicas possibilidades para esses sujeitos.

Questiona-se, assim, se os profissionais não estariam destinando demasiadamente seus investimentos para o cotidiano do CAPS, em detrimento da construção de um trabalho compartilhado com outros equipamentos. Identifica-se, dessa forma, que a clínica dos pacientes psicóticos tem permanecido localizada dentro dos CAPS e, em certa medida,

dissociada de práticas radicadas no território dos pacientes, o que favorece o excesso de responsabilização dos profissionais pelos usuários e a relação de dependência destes para com o serviço, aspecto que aparece com força nos resultados¹¹.

Nota-se, entretanto, que os profissionais, muitas vezes, não contam com o apoio de atores fora do CAPS, de modo que é preciso considerar também a necessidade de ações da política de saúde e de intersetorialidade que ofereçam recursos para o trabalho junto ao território. A constituição de redes externas ao CAPS tem sido reconhecida como essencial, mas de difícil sustentação, devido à escassez de recursos comunitários e à sobrecarga do trabalho associada, principalmente, ao grande número de pacientes. A exemplo disso, o trabalho de apoio matricial oferecido à rede básica de saúde tem sua efetividade comprometida na medida em que a atenção básica também se encontra sobrecarregada, com pouco tempo para a construção de um trabalho compartilhado com o CAPS e com dificuldade em destinar a atenção devida aos pacientes de saúde mental¹¹.

Para amenizar os impasses e dificuldades que são colocados na efetivação de uma clínica ampliada e na construção de um PTS, a literatura, inspirada na abordagem e no trabalho de Redução de Danos, enfatiza a importância de considerarmos o que é possível realizar das expectativas e metas traçadas, situando o que fica entre o *ideal* e o *real*²⁰. A caracterização do que é possível deve levar em consideração o quanto a realização das expectativas e metas para a resolução dos problemas depende dos agentes envolvidos – a pessoa cuidada, os profissionais de referência, a equipe de saúde, os familiares – ou envolve outras instâncias a serem ativadas, e se elas estão disponíveis. Assim, a pontuação do que é possível fazer deve incluir todos os envolvidos, o que estimula o compartilhamento e a cogestão do processo de cuidado²⁰.

Apesar das limitações apontadas, ao escutarem-se os usuários percebe-se que é inegável o avanço que o CAPS tem representado em relação à estrutura manicomial anterior, na medida em que se configura como uma referência importante para os usuários e tem contribuído para a diminuição das crises e internações psiquiátricas dos sujeitos em sofrimento psíquico grave³¹. Este fato parece estar relacionado a uma proposta terapêutica alicerçada no Modelo da Atenção Psicosocial e na lógica de funcionamento do CAPS – o qual oferece cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, devendo oferecer diversos recursos terapêuticos, a exemplo de atividades individuais, grupais, recreativas, de socialização e convivência^{32,21}, embora aspectos do Modelo Asilar, como a medicalização, ainda tenham força.

Apesar da ênfaseposta pelos usuários sob a medicação psiquiátrica, percebe-se que ela parece ser entendida como parte importante, porém não única, do processo terapêutico. Isto, na medida em que se reconhece que a medicação deve vir acompanhada de outros recursos terapêuticos, com a valorização dos grupos, do atendimento psicológico, da escuta, do espaço de socialização que o CAPS viabiliza e da possibilidade de se construírem novas relações, aspecto importante em se tratando de pessoas em sofrimento psíquico grave que, por vezes, apresentam alto grau de isolamento social e o rompimento de vínculos familiares.

Com relação a família no contexto da saúde mental, sua abordagem constitui uma tarefa de todos os serviços de saúde mental, seja ativando-a como parceira e corresponsável pelo cuidado da pessoa em sofrimento psíquico, seja oferecendo suporte para que os familiares/cuidadores consigam lidar com seu próprio sofrimento decorrente do convívio e cuidado ao familiar adoecido³³. Dentre as questões políticas a serem repensadas na inclusão da família nos Projetos Terapêuticos dos serviços de saúde mental, situa-se o formato de participação da família desejado pelos profissionais, pois a perspectiva de alguns trabalhadores sobre a forma de inclusão da família e o lugar que ela poderia ocupar nem sempre correspondem ao desejo e às possibilidades reais desta³⁴.

Sabe-se que a procura dos familiares ao serviço, muitas vezes, acaba por prevalecer em momentos de crise e desorganização, momentos estes que evidenciam a importância do acolhimento dos profissionais perante o pedido de ajuda da família - em detrimento de uma atitude de julgamento e culpabilização – pois é também na potência desse encontro que a família pode se sentir preparada a ser parceira no tratamento, percebendo que não está sozinha nesse processo. Assim, sem desconsiderar a importância da oferta de atividades estruturadas para a família, a exemplo dos grupos de familiares, aponta-se para a importância de uma disponibilidade dos serviços de saúde mental para a escuta dos familiares também fora desses espaços³⁴.

Considerações Finais

A partir da escrita empenhada percebeu-se a importância do trabalho de referência na organização do cuidado em saúde mental, por ser baseado no vínculo entre trabalhadores e usuários. Evidenciou-se, porém, a necessidade de uma disponibilidade da equipe como um todo no processo de cuidado à cada paciente, de modo a não sobrecarregar a equipe de referência e diminuir os prejuízos decorrentes da rotatividade de profissionais no serviço, aspecto a ser observado pela gestão dos recursos humanos em saúde.

Além disso, o serviço CAPS foi percebido como um dispositivo de cuidado efetivo pelos usuários, na medida em que possibilitou maior estabilidade aos usuários e a diminuição das internações psiquiátricas. Entretanto, o Plano Terapêutico Singular que norteia o cuidado dos usuários apresentou limitações importantes, na medida em que tem se restringido a inserção dos usuários nas atividades do serviço que, embora represente um espaço de integração social importante, tem deixado a desejar na consolidação de outras redes de apoio para essas pessoas. Com relação à isso, urge o fortalecimento de ações para fora do serviço e de uma articulação com outros pontos da rede setorial e intersetorial, o que seria positivo e auxiliaria no processo de diminuição da permanência dos usuários no CAPS, visto como uma das únicas possibilidades que têm se apresentado para esses sujeitos neste momento, o que contribui para o inchaço do serviço e dificulta suas ações.

Por fim, considera-se que uma importante contribuição deste estudo consiste em dar voz aos usuários, os quais refletiram de forma crítica, superando a mera categoria de 'satisfação' dos usuários, o que é fundamental para repensar as práticas de cuidado, pois a grande parte dos estudos relacionados ao Projeto Terapêutico Singular têm escutado profissionais a respeito. Espera-se, assim, que este estudo possa subsidiar e instrumentalizar a atenção, formação, gestão e controle social para que se busquem ações em prol de uma maior qualidade dos atendimentos prestados no serviço e na rede de saúde mental como um todo.

Como possível limitação, este estudo não teve a intenção de esgotar a temática abordada, de modo que não se ateve em abordar a temática a partir da visão dos profissionais e/ou gestores locais. Sugere-se a realização de outras pesquisas que possam ampliar e aprofundar o tema. Como possível viés, o fato do convite aos usuários ter sido feito pela própria pesquisadora, que atuava no serviço em questão, pode ter induzido respostas empáticas sobre o funcionamento do CAPS em relação aos temas abordados. Ainda pode ter corroborado para isso o fato do grupo ter acontecido no próprio serviço, embora isso tenha facilitado a presença dos convidados, por ser um local comum a todos.

Referências

1. Silva MVO. Loucura, cultura, instituição e sociedade. In: in-tensa. Ex-tensa. A clínica psicossocial das psicoses. Pic - programa de intensificação de cuidados a pacientes psicóticos. Ano i, n. I. Salvador: ufba, ffch; 2007.
2. Pinto DM, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(3):493-9.
3. Miranda L. Projeto terapêutico individual: a necessária disponibilidade para relações humanas [Internet]. 2004 [citado em 04 dez 2014]. Disponível em: psiquiatriabh.com.br/artigos/lilian_projeto_terapeutico_individual.pdf.
4. Kantorski LP, Bielemann VLM, Clasen BN, Padilha MAS, Bueno MEN, Heck RM. A concepção dos profissionais acerca do projeto terapêutico de Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. Cogit. enferm. 2010; 15(4):659-60.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à saúde (BR). Portaria nº 147, de 25 de agosto de 1994.
6. Campos GWS; Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Cien Saude Colet. 2007; 12(4):849-59.
7. Minayo MCS. O desafio do Conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12^a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
8. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saude Publica. 2005; 39(3):507-14.
9. Gadamer HG. Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Flávio Meurer. Petrópolis (RJ): Vozes; 1997.
10. Zanin CP. A hermenêutica de Hans-Georg Gadamer. Âmbito Jurídico. Rio Grande; 2010. [citado em: 16 br 2016]. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8349&revista_caderno=15.

11. Miranda L, Onocko-Campos RT. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(6):1153-62.
12. Prefeitura Municipal de Santa Maria. Secretaria de Município da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial. Santa Maria; 2015. [citado em: 16 abr 2016]. Disponível em: <http://www.santamaria.rs.gov.br/saude/280-centros-de-atencao-psicossocial>.
13. Pinto CAG, Oliveira MM, Paraguay NLBB, Gigante RL, Ferrer AL, Emerich BF et al. A pesquisa avaliativa do processo de formulação e implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC): trajetória epistemológica e metodológica. *Saúde para debate*. 2016; 55:3-8.
14. Miranda L, Figueiredo MD, Ferrer AL, Onocko-Campos RT. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: Onocko-Campos R, Furtado JP, Passos E, Benevides R (org). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 249-77.
15. Backes DS, Calomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *Mundo Saude*. 2011; 35(4):438-42.
16. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília (DF): Líber Livro; 2005.
17. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia: cad. psicol. educ.* 2002; 12(24): 149-62.
18. Lawn C. *Compreender Gadamer*. 2^a ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2010. p.12-13.
19. Leal EM, Delgado PGG. Clínica e cotidiano. O Caps como dispositivo de desinstitucionalização. In: Pinheiro R, Guljor AP, Junior AGS, Mattos RA. *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2007. p. 137-54.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos de Atenção Básica*, nº 34 – Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
21. Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
22. Mororó MEML. Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial. São Paulo: [s.n.], 2010. 131p. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, 2010.
23. Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM, Morais APP. Gestão de recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(3):417-25.
24. Ferrer AL. A saúde mental na atenção básica sob a perspectiva de trabalhadores e usuários dos serviços: um estudo hermenêutico-narrativo sobre os processos de acolhimento, vínculo e responsabilização. Campinas: [s.n.], 2012. 228p. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, 2012.
25. Figueiredo MD, Onocko-Campos RT. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Cien Saude Colet*. 2009; 14(1): 129-38.
26. Figueiredo AC. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à saúde mental. *Rev Latinoam. Psicopatol. Fund.* 2004; (1):75-86.
27. Filho NGV, Nóbrega SM. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. *Estud. de Psicol.* 2004; 9(2):373-79.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed.; 2007.
29. Oliveira GN. *O projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Ed.; 2008.
30. Conte M, Mayer RTR, Reverbé C, Sbruzzi C, Menezes CB, Alves GT et al. Redução de Danos e Saúde Mental na perspectiva da Atenção Básica. *Bolet. Saude* 2004; 18(1):59-77.
31. Camatta MW, Nasi C, Adamoli AN, Kantorski LP, Schneider JF. Avaliação de um centro de atenção psicossocial: o olhar da família. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(11):4405-14.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Normas e Diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
33. Marchesan RQ, Arpini DM. Vivências familiares a partir da desinstitucionalização do cuidado à pessoa em sofrimento psíquico grave. Santa Maria: [s.n.], 2013. 51p. Monografia (Graduação) – Universidade Federal de Santa Maria, 2013.
34. Rosa LCS. A inclusão da família nos projetos terapêuticos dos serviços de saúde mental. *Psicol. em Rev.* 2005; 11(18):205-18.

Rafaela Quintana Marchesan

Endereço para correspondência – Rua: João Goulart, nº 500, apto 201,
Bairro: Camobi, CEP: 97105-220, Santa Maria, RS, Brasil.

E-mail: rafaelamarchesan@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1494720152329119>

Ana Luiza Ferrer – aluizaferre@gmail.com

**Enviado em 01 de abril de 2016.
Aceito em 03 de junho de 2016.**

Santa Maria, v. 42, n.2, p. 149-156, jul./dez. 2016

EMPODERAMENTO E AUTONOMIA EM SAÚDE MENTAL: O Guia GAM como ferramenta de cuidado

EMPOWERMENT AND AUTONOMY IN MENTAL HEALTH: guide the autonomous management of medication as a tool

Ana Carolina Machado Freitas¹, Juliana Beatriz Reckziegel¹, Rita de Cássia Barcellos²

RESUMO

Objetivo: descrever a experiência de um grupo com usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II, com a utilização do guia da Gestão Autônoma da Medicinação como ferramenta de empoderamento e promoção da autonomia. Metodologia: Constitui-se recorte de um estudo de pesquisa e intervenção, consistindo a pesquisa ação qualitativa de cunho descritiva e compreensiva. Foram selecionados dez usuários, com nível mínimo de organização psíquica, vinculados ao CAPS II, indicados por profissionais de referência. Resultados: A partir da utilização do guia da Gestão Autônoma da Medicinação identificou-se a relevância do grupo terapêutico, do vínculo, do território, da gestão do cuidado e autonomia dos sujeitos ao longo do tratamento, com vistas à melhoria da qualidade de vida e humanização das relações para usuários da saúde mental. Conclusão: o grupo pode permitir aos usuários do CAPS II tornarem-se mais críticos e autônomos em relação ao seu tratamento.

Descritores: Saúde Mental; Autonomia Pessoal; Grupo.

ABSTRACT

Objective: To describe the experience of a group of users of a CAPS II, using the guide Medication Autonomous Management as an empowerment tool and promotion of autonomy. Methodology: It consists clipping a research study and intervention, consisting of a qualitative action research descriptive and comprehensive nature. Ten users were selected, with minimum level of psychic organization, linked to CAPS II, indicated by reference professionals. Results: From the use of the guide Autonomous Management of Medication identified the importance of the therapeutic group, the bond, planning, management of care and autonomy of the subjects throughout the treatment with a view to improving the quality of life and humanization of relations for users of mental health. Conclusion: the group allowed users CAPS II become more critical and autonomous in relation to its treatment.

Descriptors: Mental Health; Personal Autonomy; Group.

¹ Especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

² Doutora em Educação pela Universidad del Mar (UDM), Viña del Mar, Chile.

Introdução

A utilização do Guia GAM, com base na tradução e adaptação do Guia de origem canadense (Quebec), voltado para atender as necessidades de pessoas em sofrimento mental grave, teve início por intermédio de um estudo multicêntrico, cujo objetivo era a elaboração do Guia Brasileiro da Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM-BR) e a sua consequente aplicação em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS das cidades-piloto de Campinas-SP, Rio de Janeiro-RJ e Novo Hamburgo-RS). O Guia GAM, ofertado inicialmente nessas três cidades, consistiu-se de um conjunto de passos a serem propostos aos usuários com questões e informações destinadas a ajudá-lo a repensar as suas relações com o seu próprio cuidado e com o uso da medicamentos psiquiátricos, objetivando ampliar o poder de negociação do sujeito com o seu próprio tratamento, junto à equipe que o acompanha e junto aos demais membros da esfera sócio-afetiva do sujeito¹. As questões propostas pelo guia vão desde o simples falar sobre as suas próprias expectativas quanto à gestão autônoma de sua medicação, ouvir e ser ouvido até, por exemplo, se dar conta de que ele é uma pessoa e não uma doença.

Este artigo decorre do processo de formação em Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental, em nível de pós-graduação, em um município do interior do RS. O GAM emerge como uma iniciativa que visa estimular aos profissionais dos serviços de saúde mental desse município interiorano para a utilização do referido Guia, uma vez que o seu manejo é de extrema facilidade bem como à aplicação do mesmo. Ressalta-se que o guia é uma ferramenta potencializadora na construção de estratégias para a produção de saúde no cuidado de usuários advindos dos serviços de saúde mental. Além disso, o Guia GAM se mostra como uma estratégia através da qual os usuários aprendem a cuidar do uso dos medicamentos, considerando seus efeitos em todos os aspectos da vida. O mesmo seria a ferramenta que, quando bem conduzida, levaria o usuário de saúde mental a gestão autônoma da medicação de forma a reorganizar a sua vida cotidiana efetivando o tratamento².

A relevância desta pesquisa sustentou-se a partir da observação empírica de que os usuários do serviço de saúde mental fazem uso de altas doses de psicofármacos, sem que ao menos possuissem qualquer ideia “do que” e “por que” consumiam aqueles medicamentos. A partir da referida situação e da necessidade de buscar resolutividade para tal demanda, optou-se por implantar o grupo do guia Gestão Autônoma da Medicação e acompanhar o seu desenvolvimento em um CAPS II.

Atualmente, entende-se que o processo de adoecimento mental advém de um conjunto de fatores sociais, biológicos, econômicos e psicológicos, afetando todos os segmentos da população, acarretando prejuízos e sofrimento para os indivíduos, família e sociedade. Os dados de pessoas que sofrem com transtornos mentais têm aumentado (cerca de 450 milhões de pessoas no mundo), mas apenas uma pequena parcela recebe tratamento adequado³.

O cuidado em saúde mental requer uma maior atenção, pois o adoecimento psíquico é significativo e tem se mostrado bastante relevante. Quase 20% da população do país necessitam de algum cuidado na área de saúde mental e 3% apresentam transtornos mentais severos e persistentes necessitando de cuidados contínuos⁴. Os medicamentos destinados ao tratamento das doenças mentais ocupavam, em 1985, o 9º lugar entre os mais vendidos mundialmente, representando 6,9% das vendas⁵.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica propôs um novo modelo de atenção à saúde mental, o qual passa a considerar o usuário em sua subjetividade, além de instituir uma nova política de saúde mental, criando os CAPS para o tratamento dos usuários. Os CAPS, além das estratégias medicamentosas e psicoterapêuticas, utilizam ações de lazer e de cultura como formas legítimas e eficazes na produção de vida e de saúde dos usuários. Mesmo após o movimento da Reforma Psiquiátrica, o tratamento continua baseando-se no uso excessivo de medicamentos, com esclarecimentos incipientes aos usuários de saúde mental sobre sua utilização e efeitos.

Essa pesquisa, portanto se deve ao fato de que a equipe de residentes de um CAPS tipo II do município de Santa Maria, viu-se diante do desafio de ser cooresponsável pela implantação desse dispositivo naquele serviço. Nesse sentido, o processo de utilização do guia da Gestão Autônoma da Medicação, poderá oportunizar o acompanhamento desses usuários, agindo como um instrumento de informação de seus direitos em relação ao seu tratamento e possivelmente proporcionar um espaço de construção de autonomia e de gestão do autocuidado.

Em síntese, o objetivo desse artigo pautou-se na descrição da experiência decorrente do processo de atendimento grupal com usuários de um CAPS II, utilizando o guia da gestão autônoma da medicação como tecnologia leve de cuidado em saúde. O processo de desenvolvimento do grupo possibilitou a constituição do mesmo como um grupo terapêutico, oportunizando a escuta, o vínculo, a ocupação do território e estimulando a reinserção social, autonomia e empoderamento para ampliar o autocuidado, melhorando assim a qualidade de vida dos usuários de saúde mental.

Metodologia

Este estudo é parte de um projeto de pesquisa e intervenção (projeto guarda-chuva), o qual passou pela aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, sob Certificado de Apreciação e Aprovação Ética (CAAE) 46053615.2.0000 5346, parecer aprovado em 04/08/2015, vinculado ao programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde Mental, o qual foi executado em nível de atenção secundário, sendo CAPS II.

Trata-se de uma pesquisa ação de cunho descritiva e compreensiva:

Toda pesquisa-ação é considerada participativa sendo necessário o envolvimento das pessoas implicadas nos problemas e, somente é considerada como tal, se houver uma ação por parte do grupo de pessoas sob observação. Essa ação por sua vez, deverá ter um caráter prático e não apenas prosaico⁶.

O autor propõe a assertiva de que a pesquisa ação parte do pressuposto de que os indivíduos envolvidos nesse procedimento compõem um grupo com objetivos e metas em comum. Dessa forma a ação estaria vinculada ao modo de ser e seria possível identificar o que é no que se faz, considerando que essas ações são práticas sociais, as quais constituíssem a partir da historicidade de cada sujeito⁷.

No que concerne ao desenho investigativo, à intervenção se deu a partir da constituição de um grupo que utilizou o Guia da Gestão Autônoma da Medicação como ferramenta mediadora e contou com a participação de usuários do CAPS II, indicados por profissionais de referências. O funcionamento do grupo compreendeu o período de abril a novembro do ano de 2015, totalizando vinte e quatro encontros, realizados uma vez por semana, com duração aproximada de 1h15min cada encontro. Participaram inicialmente dez usuários portadores de transtornos mentais graves em tratamento no serviço CAPS II. Estes foram selecionados obedecendo alguns critérios de inclusão. No momento do convite para participar do grupo, os usuários deveriam apresentar-se com um nível mínimo de organização psíquica, ou seja, deveriam apresentar condições de desenvolver o diálogo, capacidade de compreensão e de certa interação social para que fossem capazes de fornecer respostas ao guia, além de participarem dos encontros e desenvolverem as tarefas propostas. Ao final dos encontros, dos dez participantes selecionados somente cinco concluíram o processo investigativo, isto ocorreu devido a desestabilizações sofridas pelo usuário no âmbito de sua doença mental, fazendo com que o mesmo não apresentasse mais as condições necessárias para dar andamento a sua participação no grupo. A pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

Durante o desenvolvimento do grupo, os profissionais pesquisadores descreveram em diário de campo as principais impressões do funcionamento do grupo. O objetivo do diário de campo foi captar falas dos sujeitos, histórias de vida, emoções, depoimentos, sentimentos e comportamentos.

Propõe-se que o diário de campo se caracterize por anotações onde o investigador descreve o que identifica. Tais anotações são impressões pessoais que podem se modificar com o desenvolvimento do grupo, conversas informais, observações de comportamento, interferências dos interlocutores⁸. Os diálogos serão transcritos na íntegra, sem correção das normas culta da língua portuguesa, trazendo a fala dos usuários no decorrer do grupo.

Os pesquisadores tomaram o cuidado de estarem sobre constante supervisão e orientação para evitar possíveis interferências nas respostas obtidas com usuários participantes do Grupo GAM. Os usuários aceitaram participar da pesquisa, após concordarem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), orientados sobre o objeto e os objetivos da pesquisa. Após o término do grupo, realizou-se a análise do material coletado por meio de saturação de dados. Conforme o autor,

A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual frequentemente empregada nos relatórios de investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da Saúde. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes. Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados⁹.

Resultados e discussão

A discussão do resultado foi apresentada em três momentos. Primeiramente, discutiu-se a relevância das tecnologias em saúde, enfatizando a tecnologia leve de cuidado como fundamental na constituição do Grupo GAM. Na sequência, foram exploradas as estratégias do Grupo GAM junto aos usuários, finalizando com a descrição do funcionamento do grupo, assim como a apresentação de verbetes ou expressões trazidas pelos usuários, os quais caracterizam a “ciranda de palavras”, sugerindo o quanto estas expressões orbitam e circulam no cotidiano dos sujeitos.

O Grupo GAM como tecnologia leve de cuidado

As ferramentas que contribuem para o cuidado e produção de saúde são diversas e vem sendo cada vez mais exploradas. Tem-se como objetivo o aperfeiçoamento da assistência integral e resolutividade no gerenciamento do processo saúde – doença da população. Essas tecnologias são definidas com leves, leves-duras e duras.

As tecnologias em saúde são divididas em leves, leve-duras e duras. Às leves compreendem as relações interpessoais, como a produção de vínculos, autonomização e acolhimento; as leve-duras dizem respeito aos saberes bem estruturados, como a clínica médica, a epidemiologia e a clínica psicanalítica; e as duras são compostas por equipamentos tecnológicos do tipo máquina, normas e estruturas organizacionais¹⁰.

Essas tecnologias agregam valor à reflexão a cerca do cuidado com a finalidade de proporcionar integralidade em saúde, tornando as tecnologias leves fundamentais para a compreensão da subjetividade dos usuários em saúde mental. Sugere que:

Podemos enfatizar que a organização das práticas de saúde e das relações terapêuticas na produção do cuidado com ênfase nas tecnologias leves possibilita de forma efetiva e criativa de manifestação de subjetividade do outro, a partir dos dispositivos de acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização contidos nessa organização da assistência à saúde¹¹.

Nesse contexto, podemos citar como exemplo de tecnologia leve usada recentemente em saúde mental, o guia da Gestão Autônoma da Medicação. O mesmo surgiu como proposta na gestão do uso de psicofármacos que se iniciou em Quebec/Canadá, na década de 1990, emergindo a partir da problematização realizada por movimentos sociais acerca do uso de psicofármacos². Voltado a usuários com transtornos mentais graves, tornou visível a pluralidade de posições em face da medicação, reconhecendo o direito ao consentimento livre e esclarecido para utilização de psicofármacos e a necessidade de compartilhar as decisões entre profissionais e usuários¹².

O guia da Gestão Autônoma da Medicação adaptado para o Brasil possui cinco passos, nos quais os usuários são orientados a pensarem como os psicofármacos foram introduzidos em suas vidas, quais são seus direitos na saúde mental, relatos de suas experiências com o uso de outros medicamentos bem como o acesso aos mesmos. O alinhamento da discussão desses temas está na relevância das experiências de vidas dos usuários, ressaltando o empoderamento para lidar com os psicofármacos que fazem uso, sempre contando com suporte da equipe de saúde e rede social².

O grupo GAM e suas implicações com usuários de saúde mental

O espaço territorial ocupado para realização do grupo da Gestão Autônoma da Medicação foi a Biblioteca Municipal. Além de seu papel fundamental de promoção de reinserção social, provocou nos usuários sentimentos de pertencimento social, no momento em que paralelo o desenvolver do grupo realizaram outras atividades como: a leitura de jornais, revistas e livros disponíveis no espaço da biblioteca municipal; Deslocamento ao centro da cidade para participação no grupo ao invés da tradicional “ida ao CAPS”. O sentar-se na praça em frente à biblioteca para conversas com os colegas; Aproximação com os profissionais residentes envolvidos durante os encontros; Contato com funcionários e outras pessoas que circulam no espaço da biblioteca municipal e confraternizações envolvendo todo o Grupo GAM, após período de férias e feriados. Tais estratégias foram estimuladas pelos profissionais residentes que, agregadas

ao trabalho desenvolvido no grupo da Gestão Autônoma da Medicação, reforçaram o processo de empoderamento e autonomia aos usuários do CAPS II, estimulando a pro atividade dos mesmos. A autonomia pode ser definida como:

Ação autônoma que pressupõe a liberdade de ação requer que a pessoa seja capaz de agir conforme suas escolhas e decisões tomadas. Uma pessoa autônoma é aquela que tem liberdade de pensamento e é livre para escolher as opções que lhe são apresentadas¹³.

Agregado ao conceito de autonomia aparece o termo empoderamento, tido como:

Fortalecimento de poder, participação e organização dos usuários e familiares no âmbito da produção de cuidado em serviços formais¹⁴.

No desenvolver do grupo da Gestão Autônoma da Medicação, usuários trouxeram em seu discurso temas que se mostraram significativo e relevante, sendo em sua maior parte relacionados com questões de preconceito, estigma, solidão e medo vivenciados em seus cotidianos.

A discriminação assume muitas formas, afeta diversas áreas fundamentais da vida e (quer de maneira aberta ou involuntária) é generalizada. A discriminação pode influir no acesso de uma pessoa a tratamento e atenção adequados, bem como em outras áreas da vida, como emprego, educação e abrigo. A incapacidade de integrar-se devidamente à sociedade como consequência dessas limitações pode aumentar o isolamento experimentado pelo indivíduo, o que pode, por sua vez, exacerbar o transtorno mental¹⁵.

Depreende-se então que os usuários com adoecimento mental podem estar mais propensos a situações de vulnerabilidade e de violência e dolo de deus direitos, pois, em algumas situações e em determinado tempo, estão impossibilitados de responder por suas necessidades e tratamento, ficando desprotegidos.

Empoderamento e autonomia: pistas importantes para a saúde mental

Durante a experiência com a utilização do Guia GAM, identificou-se a viabilidade do processo grupal terapêutico, intensificando a técnica da escuta, fortalecendo o vínculo entre usuário-profissional reforçando, portanto as relações interpessoais entre os participantes do grupo, profissionais e sociedade. A formação do vínculo ocorre com a aproximação entre trabalhador de saúde e usuário, ambos com suas intenções, necessidades e sentimentos, mas em situações diferentes, uma vez que o usuário, com estado emocional ou físico fragilizado, busca assistência junto ao outro, profissional supostamente capacitado para cuidar da causa de sua fragilidade¹⁶.

O vínculo com usuários ampliou a eficácia das ações de saúde, sob certos aspectos favorece a participação do usuário frente a seu tratamento, não sendo possível se estabelecer vínculo sem que o usuário seja reconhecido como sujeito que deseja, fala e é capaz de julgamentos¹⁷. O vínculo ainda envolve afetividade e respeito, estimulando a cidadania e autonomia do usuário¹⁸.

O grupo terapêutico mostrou-se como uma ferramenta facilitadora para estreitar os vínculos entre usuários e profissionais, promovendo as trocas de experiências e histórias de vida entre os usuários da saúde mental, surgindo como espaço para resolutividade, se consideradas as pequenas estratégias e iniciativas que auxiliaram no gerenciamento do tratamento, relações familiares, ocupação de equipamentos sociais, inclusão social e de outras questões que envolvem o tratamento e suas vidas. Um grupo terapêutico permite o compartilhamento de experiências, trocas dialógicas e melhoria na adaptação do modo de vida tanto individual quanto coletivamente¹⁹. A finalidade de um grupo psicoterapêutico é a possibilidade de socialização da palavra através das falas individuais e da escuta do outro, construindo sentido tanto para o indivíduo quanto para o grupo, fatores que favorecem o autoconhecimento²⁰.

A experiência com a constituição e implantação do Grupo GAM em um CAPS II, tem se mostrado positiva, devido ao fortalecimento da gestão e autonomia do cuidado para o usuário com transtorno mental. A gestão autonomia da medicação deve considerar os usuários como protagonistas e cooresponsáveis na gestão de seu tratamento, participando das decisões relacionadas ao uso de suas medicações. A autonomia não se constrói de maneira solitária, mas na relação com o outro, está atrelada ao fato de criar e manter laços entre as pessoas¹².

O Grupo GAM teve como proposta fomentar e estimular o empoderamento e autonomia dos usuários de saúde mental, fazendo-os mais críticos em relação ao tratamento e ao uso de medicamentos psicotrópicos, vindo ao encontro do objeto de pesquisa e intervenção dos profissionais residentes. Optou-se por desenvolvê-lo com a ocupação de um dispositivo social no território, a Biblioteca Municipal. Este dispositivo foi escolhido seguindo o referencial da política de reforma psiquiátrica a qual privilegia a utilização de espaços sociais como produtores de saúde, fortalecendo o movimento de reinserção dos usuários de saúde mental em espaços de base territorial, promovendo a inclusão social desse público, podendo assim, protagonizar o seu próprio cuidado.

A reinserção social pode ser entendida como a reconstrução das perdas e o fortalecimento ou criação de uma rede de apoio, resgate ou estabelecimento de uma rede social comprometida ou inexistente. O objetivo da reinserção social é a capacitação do indivíduo para exercer o seu direito à cidadania, implicando em uma revisão dos estigmas sociais estabelecidos²¹. É essencial que os CAPS sejam capazes de desenvolver relações com os vários recursos existentes no âmbito de sua comunidade²². Trata-se de produzir territórios existenciais que possibilitem reinventar a vida em seus aspectos cotidianos²³.

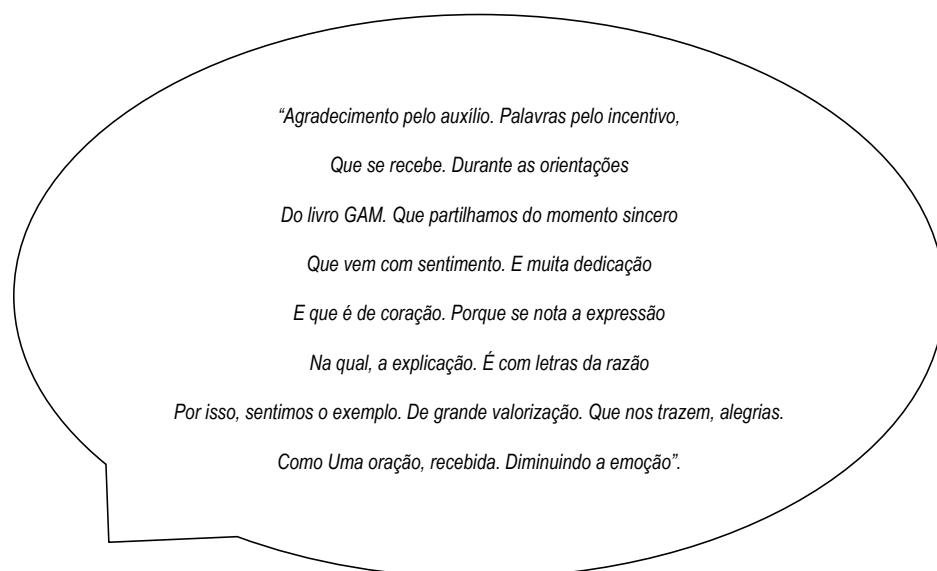
Além das experiências vivenciadas e trazidas pelos usuários no decorrer do grupo, vieram à tona falas contendo estratégias e iniciativas desenvolvidas por eles, mostrando o reflexo da vida cotidiana em cada um e suas capacidades para amenizar o sofrimento de conviver com a doença mental. Tais falas podem ser vistas nos seguintes trechos: “Faço varias coisas para me cuidar da minha saúde e melhorar, verifico pressão, cuido da alimentação e faço caminhada...”; “Saio, caminho, limpo e vejo TV e converso. Leio revista e jornal. Faço grupos no CAPS. Não bebo bebida de álcool”.

Diante desse discurso, identificou-se a relevância do espaço de interação social para os usuários, sendo que o fato deles conseguirem circular em outros ambientes diversos de sua casa e do CAPS os torna mais capazes de enfrentar e lidar com o adoecimento mental. Além disso, o grupo tornou-se um espaço que possibilitou aos usuários a manifestação de sentimentos até então não ditos ou expressados, como problemas familiares, dificuldades de falar devido à exposição, superação da timidez, entrosamento com o outro e empatia com as histórias de vida dos membros do grupo, sentimentos característicos de pertencimento a um grupo.

Corroborando com as ideias expressas acima, tornou-se possível pressupor que o Grupo GAM foi um espaço de amadurecimento, trocas e aprendizagem em relação aos usuários, ficando claro no encerramento desse processo que os usuários conseguiram adquirir um maior grau de empoderamento, aproximando-se de seu tratamento e com mais autonomia em suas relações, como exemplificado no relato a seguir: “Posso ter direito de buscar ajuda para participar do meu tratamento. Participar de grupos, oficinas, porque é pra sempre.”; “Foi bom participar desse grupo, porém tem que se cuidar com os efeitos da medicação”.

Com o encerramento do grupo, os usuários trouxeram espontaneamente depoimentos que mostram como as ações desenvolvidas acrescentaram positivamente no tratamento de cada um, assim como, uma experiência significativa que o grupo deixou em suas vidas.

Ciranda de expressões grupais



Concluindo esta etapa analítica, fica marcado mais um relato de um dos usuários participantes: “As pessoas não aceitam a minha doença, são indiferentes porque acham que não sou “normal”, não tenho direito de opinar. Queria que tivessem interesse em mim”.

Considerações Finais

É possível concluir, deste modo, que o grande desafio instaurado para os profissionais e familiares vinculados no cuidado de usuários com transtornos mentais graves é a sensibilização e prática da humanização das relações interpessoais. Uma vez que se considere o usuário como sujeito de direitos, capaz, produtivo e útil na sociedade, tornam-se visível suas potencialidades, indo além do adoecimento mental e contribuindo para o sucesso do tratamento, assim como, a melhoria da qualidade de vida dos mesmos. A atividade desenvolvida por meio do grupo teve como ferramenta mediadora o Guia GAM, uma tecnologia leve e inovadora na assistência à saúde dos usuários de saúde mental, aliada à ocupação de espaços públicos, construção de espaço terapêutico, apoio para desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da doença mental, e estímulo para desenvolvimento de relações interpessoais. Sendo assim, entende-se que o presente trabalho foi significativo e refletiu no autocuidado e ampliação das interações sociais, fazendo com que os usuários participantes se tornassem mais críticos em relação a seus direitos e deveres, colaborando para a qualidade de vida e qualificação do tratamento em saúde mental.

Referências

1. PASSOS E. et al. Autonomia e co-gestão na prática de saúde mental: O dispositivo da gestão autônoma da medicação (GAM). Aletheia 41, p.24-38, maio/ago. 2013.
2. SANTOS. D.V.D. A Gestão Autônoma da Medicação: Da prescrição à escuta. Campinas. São Paulo, 2014.
3. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Sobre A Saúde No Mundo. Saúde Mental: Nova Concepção. Nova Esperança. 2001.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília. 2003.
5. ALMEIDA. et.al. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. Cad. Saúde Pública vol.10 n.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 1994.
6. THIOLLENT. M. Metodologia da pesquisa-ação. 14^a ed. São Paulo (SP): Cortez, 2005.
7. PIMENTA, S.G. Pesquisa-ação crítico colaborativa: construindo seu significado a partir de experiências com a formação de docentes. Educação e Pesquisa [periódico na Internet]. 2005 Set-Dez [acesso em 29 de outubro de 2015]; 3(3):521-39. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v31n3/a13v31n3.pdf>
8. MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde – 14ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
9. FONTANELLA, B.J.B. Janete Rica. Egberto Ribeiro Turato. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(1):17-27, jan, 2008.
10. MENDES-GOLÇALVES, R.B. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.
11. AYRES, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas em saúde. Interface. 2004; 8 (14):73-92.
12. CAMPOS, et.al. GUIA DA GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – GAM –DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE IPUB/ UFRJ; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2012.
13. COSTA, J.R.E et al. Para compreender a doença numa perspectiva de bioética. Centro Universitário São Camilo. 1 (2);103-110, 2007.
14. VASCONCELOS. E.M. Abordagens psicossociais. Reforma Psiquiátrica e Saúde Mental na Ótica da Cultura e Lutas populares. SP. Hucitec, 2008.
15. OMS. Livro de recursos da OMS sobre saúde Mental, direitos humanos e legislação. Genebra. 2005.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: Documento Base para Gestores do SUS. Brasília. 2004.
17. SCHIMIDT, M.D. LIMA.M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. Cad. Saúde Pública. 2004; 20(6).

18. MACHADO, M.F.A.S. Compreensão das mudanças comportamentais do usuário no PSS por meio da participação habilitadora (tese). Fortaleza: Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2007.
19. BENEVIDES, D.S. et al. Cuidado em saúde mental por meio de grupos p p psicoterapêuticos de um hospital dia: Perspectivas dos trabalhadores de saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.14, n.32, p.127- 38, jan./mar. 2010.
20. PITTA, A.M.F. Reorientação do modelo de Atenção: Equidade e Justiça Social na Organização de Serviços de Saúde Mental. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde, 2001. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3conf_mental.pdf>
21. OBID. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Reinsersão Social: definição. Brasília, 2007.
22. AMARANTE. P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro. Editora: Fiocruz, 1995.
23. RAUTER,C. Oficinas pra que? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In. AMARANTE, P. (org). Ensaios: subjetividades, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro. Fiocruz. 2000.

Ana Carolina Machado Freitas

Endereço para correspondência – Rua: Ernesto Barros, nº 1345,
Bairro: Santo Antonio, CEP: 96506-322, Cachoeira do Sul, RS, Brasil.

E-mail: carolpsicofreitas@gmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3950149480193042>

Juliana Beatriz Reckziegel – Juliana.reckziegel4@gmail.com

Rita de Cássia Barcellos – dra.ritabarcellos@gmail.com

**Enviado em 26 de janeiro de 2016.
Aceito em 20 de junho de 2016.**

NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA E RISCO DE QUEDAS EM IDOSOS DA COMUNIDADE

PHYSICAL ACTIVITY LEVEL AND FALL RISK IN THE COMMUNITY ELDERLY

Dinara Hansen¹, Tatiane Konrad Rückert², Carolina Böttge Rosa³, Solange Beatriz Billig Garces⁴,
Michele Ferraz Figueiró⁵, Jociane de Carvalho Myskiw⁶, Janaina Coser⁷, Ângela Vieira Brunelli⁸

RESUMO

A proposta deste estudo foi verificar a associação entre o risco de quedas de 127 idosos da comunidade e o nível de atividade física. O risco de quedas foi avaliado através dos instrumentos *Fall Risk Score of Downton*, teste *Timed Up and Go* (TUG) e o Teste de Alcance Funcional (TAF) e o nível de atividade física utilizando o Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) versão curta. A maioria dos idosos entrevistados (88,7%) foram classificados como ativos ou muito ativos e sem risco de quedas (TUG 89,8%, TAF 97,6%, Downton 64,5%). A relação entre o nível de atividade física e risco de quedas através dos testes TUG e Downton mostrou-se significativa, estando os idosos mais ativos com menor risco de quedas e todos os instrumentos que avaliaram este risco apresentaram associação significativa entre si demonstrando que a atividade física pode reduzir o risco de quedas, minimizando perdas funcionais do envelhecimento.

Descriptores: Envelhecimento; Fatores de Risco; Acidentes por Quedas; Estilo de Vida.

ABSTRACT

The purpose this study was verify the association between the risk of falls of 127 elderly of community and the level of physical activity. The risk of falls was assessment through the instruments Fall Risk Score of Downton, Timed Up and Go Test (TUG) and Functional Reach Test (FRT) and the level of physical activity using the short version International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). The majority of elderly respondents (88.7%) was classified as active or very active and without risk of falls (TUG 89.8%, FRT 97.6% and Downton 64.5%). The relation between the level of physical activity and the risk of falls through the TUG and Downton has been shown significant, being the most active elderly with less risk of falls and all the instruments that assessed the risks have presented significant association each other demonstrating that physical activity can reduce the risk of falls and minimize functional losses of aging.

Descriptors: Aging; Risk Factors; Accidental Falls; Life Style.

¹ Mestre em Gerontologia Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

² Bacharel em Fisioterapia pela Universidade de Cruz Alta (UNICRUZ), Cruz Alta, RS, Brasil.

³ Mestre em Patologia pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴ Doutora em Ciências Sociais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, RS, Brasil.

⁵ Pós Doutora em Estatística Aplicada pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil.

⁶ Doutora em Medicina e Ciências da Saúde pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.

⁷ Doutora em Biologia Celular e Molecular Aplicada à Saúde pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS, Brasil.

⁸ Mestre em Extensão Rural pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

Introdução

O aumento da população de idosos no Brasil é acompanhado de um aumento dos índices de mortalidade por quedas¹. Aproximadamente 30% dos indivíduos com mais de 65 anos de idade cai ao menos uma vez por ano e metade de forma recorrente. Estas quedas, para os idosos, possuem um significado muito relevante, pois podem levá-lo à incapacidade, injúria e morte².

Além do aumento do número de pessoas com 60 anos ou mais, a população está se tornando cada vez mais longevo, pois segundo pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida no País, que alcançava 41,5 anos sete décadas atrás, atualmente ultrapassa os 73 anos³.

Assim, estudar a problemática associada às quedas em pessoas idosas constitui uma temática relevante e desafiadora, que contribui para a promoção do bem-estar dos idosos tanto no Brasil, quanto na maioria das nações desenvolvidas, por ser o envelhecimento uma preocupação coletiva^{4,5}.

A queda é definida como um evento não intencional, que tem como resultado a mudança da posição inicial do indivíduo para um mesmo nível ou nível mais baixo⁶. Este evento pode resultar em consequências físicas², funcionais⁷ e psicossociais⁸, contribuindo para o declínio funcional, decorrente das lesões ósseas e musculares associadas, da limitação da atividade física diária e do receio que o indivíduo tem de sofrer novas quedas, levando-o às limitações de mobilidade e dependência para atividades da vida diária (AVDs).

Percebe-se então a necessidade da identificação do risco de quedas e fatores associados em idosos possibilitando planejamento de estratégias preventivas, de reorganização ambiental e de reabilitação funcional⁴, tornando-se prioritária a abordagem multiprofissional e interdisciplinar, a fim de minimizar o risco de quedas, evitar a dependência e diminuir a morbimortalidade dos idosos⁹.

Fatores de risco apontados como determinantes de quedas são: idade igual ou maior a 75 anos, sexo feminino, presença de declínio cognitivo, de inatividade, de sarcopenia e de distúrbios do equilíbrio corporal, marcha ou de mobilidade, história prévia de acidente vascular encefálico (AVE), de quedas anteriores e de fraturas, comprometimento na capacidade de realizar atividades de vida diária e o uso de medicações psicotrópicas, em especial os benzodiazepínicos, assim como o uso de várias medicações concomitantes¹⁰.

Destacam-se os fatores que estão associados às perdas físicas e funcionais naturais do processo de envelhecimento, as quais podem ser agravadas pela inatividade física. Neste sentido, a atividade física surge como um aliado na manutenção da capacidade funcional dos idosos, distanciamento das características que levam à fragilidade e provocando aumento da função imunológica do organismo¹¹. Segundo o estudo de Netto e Guimar (2012)¹², a atividade física possibilita ao idoso o conhecimento e percepção do seu próprio corpo, gerando maior interação social e respostas decorrentes de adaptações fisiológicas e psicológicas, como menor cansaço do corpo ao longo do dia e maior disposição para a realização das tarefas diárias.

Alterações na mobilidade são problemas comuns entre os idosos, pois estas levam à limitação na realização das atividades da vida diária. Neste contexto se insere o profissional fisioterapeuta visando melhorar a funcionalidade e controle da deambulação, suficiente para tornar o idoso seguro e independente. Porém, para que ocorra uma intervenção precisa e eficaz, é necessário conhecer os idosos que são mais vulneráveis e quais os fatores que estão associados às alterações de mobilidade e equilíbrio como a sacopenia, alterações posturais, osteoarticulares e sensoriais e nível de atividade física¹³.

Ante o exposto, tendo em vista a grande relevância do tema para a área da fisioterapia, que atua diretamente na prevenção da saúde e reabilitação das fraturas resultantes das quedas, percebeu-se a necessidade de verificar se há relação entre o risco de quedas e nível de atividade física em idosos de duas Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Cruz Alta – RS para assim, propor estratégias necessárias de prevenção às quedas.

Metodologia

A presente investigação caracteriza-se como sendo epidemiológica, observacional, analítica e descritiva, com abordagem quantitativa. A população dessa pesquisa foi constituída por aproximadamente 700 idosos cadastrados em duas ESFs de Cruz Alta. Para calcular a amostra foi utilizado cálculo de tamanho de uma amostra aleatória simples e erro amostral de 10%, totalizando 142 idosos.

Os critérios de exclusão utilizados foram: idosos com doença cardiovascular descontrolada identificada através de autor-relatos de pressão arterial sistêmica descompensada e/ou abandono do tratamento medicamentoso assim como *diabetes mellitus* descompensada; aqueles que não conseguiram assumir as posições nos testes ou utilizaram próteses ou órteses para auxiliar na deambulação; aqueles que não foram encontrados nas suas residências em duas visitas e aqueles que não atingiram o escore mínimo no Mini Exame do Estado Mental (MEEM). O ponto de corte utilizado para analfabetos foi de 15 pontos, para sujeitos com escolaridade entre 1 e 11 anos foi 22 pontos e para sujeitos com escolaridade superior a 11 anos foi 27 pontos⁷.

A seleção da amostra foi realizada de forma aleatória, através do contato com os agentes comunitários de saúde das ESFs, que forneceram listas de endereços dos idosos cadastrados, os quais foram visitados em suas residências. Nas visitas, os pesquisadores informaram aos idosos sobre a pesquisa e aqueles que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), responderam ao questionário contendo dados sócio demográficos, *International Physical Activity Questionnaire - IPAQ*, Escala de Risco de Quedas de Downton e realizaram os testes *Timed Up And Go* (TUG) e Teste de Alcance Funcional (TAF) na sua própria residência. Para os idosos analfabetos, o TCLE foi lido pelo pesquisador, sendo esclarecidas todas as dúvidas, para posterior impressão da digital do polegar ou, na presença de familiar, era solicitada assinatura a rogo como testemunha.

Num primeiro momento os idosos realizaram o Mini Exame do Estado Mental utilizado como teste de rastreio para perda cognitiva. Para avaliar o nível de atividade física foi utilizado o *IPAQ* versão curta, validado no Brasil, apresentando níveis adequados de reprodutibilidade, validade aceitável e maior praticidade¹⁴. Os indivíduos avaliados foram classificados em sedentários, insuficientemente ativos, ativo e muito ativo, conforme a duração e a frequência das atividades leves, moderadas ou vigorosas realizadas na última semana⁷.

Para avaliar o risco de quedas foi utilizada a escala de Downton, já validado em português, enfocando quedas anteriores, administração de medicamentos, déficit sensorial, estado mental e deambulação. Idosos com escores maiores de 3 pontos, num total de 11, indicaram risco de quedas¹⁴.

Os testes TUG e TAF foram utilizados para avaliar, nos idosos, o risco de quedas e o equilíbrio corporal dinâmico. No TUG o tempo gasto pelos idosos para levantar de uma cadeira sem braço, percorrer uma distância de três metros, retornar e sentar na mesma cadeira foi cronometrado. Idosos que realizaram o teste em até 10 segundos (s) não apresentaram risco de quedas; idosos que levaram entre 11 a 20s demonstraram baixo risco de quedas e tempos maiores que 20s indicaram que os idosos apresentavam alto risco de quedas¹⁴.

No TAF, o idoso descalço, com os pés no chão, colocou-se lateralmente a uma parede na qual se encontrava uma fita métrica, fixada na posição horizontal. O idoso posicionou o membro superior em flexão de ombro a 90°, com centro da articulação do ombro coincidindo com o zero centímetro da fita. Foi medido o tamanho do braço do idoso com a mão aberta e os dedos esticados até a ponta do dedo médio. Partindo dessa posição, foi feita inclinação máxima do tronco à frente com o membro superior alcançando a maior distância possível, sem apoiar na parede e/ou na fita métrica, sem apoio e sem retirar o calcanhar do chão. A distância percorrida, em centímetros, entre a medida inicial do tamanho do braço e a final do deslocamento do tronco até a ponta do dedo médio foi o alcance funcional do idoso. Utilizou-se a maior distância alcançada dentre três tentativas, sendo considerado idoso com risco de quedas aquele com alcance menor do que 15 centímetros (cm).

A análise dos dados foi realizada no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22. Para a análise univariada das variáveis qualitativas, foram elaboradas tabelas de distribuição de frequências, enquanto que para a análise bivariada, foram construídas tabelas de contingência. A medida da associação entre as variáveis qualitativas foi estimada através do teste Qui-Quadrado de Pearson e do teste exato de Fisher (para valores esperados menores que 5 e tabela 2 x 2).

Na comparação múltipla entre as médias de idades dos três grupos de risco de queda do instrumento TUG, foi utilizada a análise de variância (ANOVA) com teste *post hoc* de Tukey. Utilizou-se o teste t de Student para amostras independentes, na comparação entre as médias de idades dos dois grupos de risco de quedas dos instrumentos Downton e TAF. Considerou-se estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

A pesquisa foi conduzida segundo a resolução específica do Conselho Nacional de Saúde (466/2012) e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNICRUZ pelo parecer número 1.026.858 e C.A.A.E. 33015814.0.0000.5322.

Resultados

Neste estudo foram analisados os dados referentes a 142 pessoas com mais de 60 anos do município de Cruz Alta, cadastradas em duas ESF do município. No entanto, entre os idosos com 1º grau incompleto e ensino médio completo, 8,9% (n=11) tiveram algum comprometimento cognitivo e entre os idosos com ensino superior incompleto ou maior escolaridade, 25% (n=4) tiveram comprometimento cognitivo, os quais foram excluídos da amostra pelo fato de não terem atingido os escores mínimos no MEEM.

Assim, a amostra final foi composta de 127 idosos, não havendo mais nenhuma necessidade de exclusões por outros critérios. Deste total, 70,9% (n=90) eram do sexo feminino. A média de idade destes idosos foi de 70,44 anos com desvio padrão de 7,28 anos, cujas idades mínima e máxima foram de 60 anos e 93 anos, respectivamente. A faixa etária predominante foi de 60 a 79 anos para 55,9% (n=71) dos idosos.

Entre os 127 idosos, predominaram nível de escolaridade ensino fundamental incompleto com 60,6% (n=77) dos idosos, a renda mensal de um salário mínimo para 64,6% (n=82) dos idosos e estado civil casado para 48% (n=61) dos idosos. A caracterização completa da amostra pode ser visualizada na Tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização da amostra de idosos de duas ESFs de Cruz Alta-RS, 2014

Variável	N	%
Sexo		
Feminino	90	70,9
Masculino	37	29,1
Total	127	100
Idade (anos)		
60 a 69	71	55,9
70 a 79	38	29,9
80 a 89	17	13,4
+90	01	0,8
Total	127	100
Escolaridade		
Analfabeto	03	2,4
Ensino Fundamental Incompleto	77	60,6
Ensino Fundamental completo	19	15,0
Ensino Médio Completo	19	15,0
Ensino Superior Completo	09	7,0
Total	127	100
Estado civil		
Casado	61	48,0
Solteiro	14	11,0
Viúvo	43	33,9
Separado	09	7,1
Total	127	100

continua...

Variável	N	%
Renda (salário mínimo)		
Sem renda	04	3,1
1	82	64,6
2	19	15,0
3 a 5	11	8,7
+ 5	11	8,7
Total	127	100
Situação atual de trabalho		
Trabalha	08	6,3
Aposentado	73	57,5
Pensionista	25	19,7
Outra	21	16,5
Total	127	100

Os dados referentes à avaliação do risco de quedas realizada através dos instrumentos TUG, TAF e Downton, podem ser visualizados na tabela 2. Verificou-se, através do teste TUG, que 60,6% (n=84) dos idosos apresentaram algum grau de risco quando somados risco baixo e alto de quedas enquanto que através dos testes TAF e Downton, 97,6% (n=124) e 64,5% (n=82) dos idosos, respectivamente, não apresentaram risco de quedas. Cabe destacar que a média do tempo gasto para a realização do TUG foi de 13,07 ($\pm 4,89$) segundos, que classifica os idosos com baixo risco de quedas e a média do TAF foi de 28,72 ($\pm 7,54$) cm.

Tabela 2 – Riscos de quedas dos idosos de duas ESFs de Cruz Alta-RS, 2014

	N	%
Timed Up and Go		
Sem risco	43	33,9
Baixo Risco	71	55,9
Alto Risco	13	10,2
Total	127	100
Teste do Alcance Funcional		
Sem risco	124	97,6
Com Risco	03	2,4
Total	127	100
Downton		
Sem Risco	82	64,5
Com risco	45	35,5
Total	127	100

Segundo o teste Qui-Quadrado de Pearson, $\alpha = 5\%$, evidenciou-se uma relação de dependência estatisticamente significativa entre as variáveis qualitativas instrumento Downton e sexo ($p=0,037$). No entanto, não se verificou nenhuma relação de dependência estatisticamente significativa entre as variáveis sexo e instrumento TUG ($p=0,776$). De acordo com o teste exato de Fisher, $\alpha = 5\%$, não se evidenciou nenhuma relação de dependência estatisticamente significativa entre as variáveis qualitativas instrumento sexo e instrumento TAF ($p=0,556$).

Na tabela 3, estão as medidas descritivas da variável idade para os instrumentos Downton, TAF e TUG. De acordo com o teste t de Student para amostras independentes, $\alpha = 5\%$, não houve nenhuma diferença estatisticamente significativa entre as médias das idades dos grupos Sem Risco e Com Risco do instrumento Downton ($p=0,701$), assim como, entre as médias de idade dos grupos Sem Risco e Com Risco do instrumento TAF ($p=0,351$).

Na tabela 3, de acordo com teste F da ANOVA, $\alpha = 5\%$, há pelo menos uma diferença estatisticamente significativa entre as médias de idade dos grupos instrumento TUG ($p=0,000$). O teste de Tukey indicou que o grupo Alto Risco de quedas apresentou maior média para a variável idade quando comparada aos grupos Baixo Risco ($p=0,000$) e Sem Risco ($p=0,000$).

Tabela 3 - Medidas descritivas de idade para os instrumentos de avaliação do risco de quedas de idosos de duas ESFs Cruz Alta-RS, 2014

Medidas descritivas de idade (anos)					
Risco de quedas	Mínima	Máxima	Média	DP	Valor P
Downton					
Sem Risco	60	93	70,26	7,09	0,701
Com risco	60	88	70,78	7,68	
TAF					
Sem risco	60	93	70,35	7,17	0,351
Com Risco	64	88	74,33	12,34	
TUG					
Sem risco	60	78	67,47	4,49	0,000
Médio risco	60	80	70,34	6,78	
Alto Risco	65	93	80,85	8,31	

Ao avaliar o nível de atividade física, constatou-se que 33% ($n=42$) dos idosos foram classificados como muito ativos, 43,3% ($n=55$) como ativos, 18,9% ($n=24$) irregularmente ativos e somente 4,7% ($n=6$) dos idosos como sedentários.

O teste Qui-Quadrado de Pearson, $\alpha = 5\%$, indicou uma relação de dependência estatisticamente significativa entre o nível de atividade física e os instrumentos Downton ($p=0,032$) e TUG ($p=0,000$). No entanto, entre o nível de atividade física e o TAF, não se evidenciou nenhuma relação de dependência ($p=0,072$). Estes resultados podem ser visualizados na tabela 4.

Tabela 4 – Relação entre Atividade Física e Risco de Quedas de idosos de duas ESFs de Cruz Alta-RS, 2014

Nível de Atividade Física						
Risco de quedas	Muito Ativo n (%)	Ativo n (%)	Irregularmente ativo n (%)	Sedentário n (%)	Total n (%)	Valor p
Downton						
Sem Risco	40 (31,5)	28 (22,0)	13 (10,2)	1 (0,8)	82 (64,5)	0,032
Com risco	15 (11,8)	14 (11,0)	11 (8,7)	5 (3,90)	45 (35,5)	
Total	55 (43,3)	42 (33,0)	24 (18,9)	6 (4,70)	127 (100)	

continua...

Nível de Atividade Física						
Risco de quedas	Muito Ativo n (%)	Ativo n (%)	Irregularmente ativo n (%)	Sedentário n (%)	Total n (%)	Valor p
TAF						
Sem Risco	55 (43,3)	41 (32,3)	23 (18,1)	05 (3,90)	124 (97,6)	0,072
Com risco	0 (0,00)	01 (0,8)	01 (0,8)	01 (0,8)	03 (2,4)	
Total	55 (43,3)	42 (33,1)	24 (18,8)	06 (4,7)	127 (100)	
TUG						
Sem risco	23 (18,1)	13 (10,2)	07 (5,50)	0 (0,00)	43 (33,8)	0,000
Médio risco	31 (24,4)	27 (21,3)	11 (8,70)	02 (1,60)	71 (56,0)	
Alto Risco	01 (0,8)	02 (1,6)	06 (4,70)	04 (3,10)	13 (10,2)	
Total	55 (44,3)	42 (33,1)	24 (18,9)	06 (4,70)	127 (100)	

Para complementar o estudo foi verificada a relação entre os instrumentos utilizados para avaliar o risco de quedas dos idosos. O teste Qui-Quadrado de Pearson, $\alpha = 5\%$, indicou uma relação de dependência estatisticamente significativa entre os instrumentos, que avaliaram o risco de quedas, TUG e Downton ($p=0,009$), assim como, entre os intrumentos TUG e TAF ($p=0,004$). Do mesmo modo, segundo o teste exato de Fisher, verificou-se uma relação de dependência estatisticamente significativa entre os instrumentos Downton e TAF ($p=0,043$).

Discussão

Em relação aos dados apurados neste estudo é possível perceber predomínio do sexo feminino, faixas etárias de idosos mais jovens, maior número de casados e viúvos bem como baixo nível de escolaridade e aposentados. Dentre estas características, sexo feminino, ser viúvo, ter baixa escolaridade e estar aposentado relacionam-se com a maior predisposição às quedas¹⁵, pois são considerados fatores limitantes e incapacitantes para a vida do idoso^{7,16}.

O predomínio de mulheres entre os indivíduos investigados vem ao encontro com os dados do IBGE³ que apontam para um processo de feminilização da velhice cada vez mais evidente e uma expectativa de vida de 7 anos a mais das mulheres quando comparada aos homens³. Outro fator que pode ter contribuído para o predomínio de mulheres neste estudo foi que as mesmas eram encontradas com maior frequência em suas residências e aceitaram, mais facilmente, participar da pesquisa.

Quanto à prática de atividades físicas podemos perceber que o maior percentual de idosos foi classificado como ativo ou muito ativo, o que vai de encontro com os achados de Toscano e Oliveira¹⁷ onde 65% das idosas de seu estudo eram ativas. Esta condição favorece o envelhecimento saudável, com redução dos prejuízos que podem ser causados pelo sedentarismo, minimizando assim a ocorrência de quedas.

A prática de atividade física interfere no evento queda em idosos, pois, contribui para a manutenção da aptidão física nestes indivíduos, além de atenuar e reverter a perda de massa muscular¹². No estudo realizado por Leite, Catistoni e Kirchner¹⁸ a maioria dos idosos investigados realizava atividades regulares, estando estas, diretamente relacionadas com a manutenção da capacidade funcional. Da mesma forma, no presente estudo também predominaram idosos ativos, o que pode estar relacionado com o predomínio de idosos mais jovens, que na maioria dos casos, apresentam-se com perdas físico-funcionais que não comprometem a realização atividades cotidianas e favorecem o envelhecimento mais ativo e saudável.

Segundo Delbare *et al*⁷, a prática de atividades regulares é mais comum entre idosos mais jovens, com menos de 70 anos de idade, do que entre idosos mais velhos. Almeida *et al*⁹, em seu estudo também obtiveram resultados que vão de encontro com estes dados, onde cerca de 40% dos idosos mais velhos indicaram que seu estado de saúde prejudicava a prática de atividade física e portanto deixavam de realizá-la. Estes achados se solidificam através dos

achados de Thibaud, et al¹⁹, os quais demonstram que, à medida que aumenta a idade cronológica dos idosos, estes tornam-se menos ativos e suas capacidades físicas diminuem.

O fato de predominarem na amostra, idosos de faixas etárias mais jovens e que se mantêm ativos pode justificar os achados referentes ao baixo número de idosos com risco aumentado para quedas, identificado através dos três diferentes instrumentos de avaliação utilizados. Contrário a estes achados, o estudo realizado por Reis, Nunes e Flores²⁰, que também aplicou a escala de risco de quedas de *Downton*, apresentou elevado percentual de idosos com risco alto para queda (94%), mesmo com média de idade baixa (69 anos), porém, não levou em consideração o nível de atividade física e desempenho físico destes indivíduos.

A maior prevalência de idosos que não apresentaram risco aumentado para quedas, quando avaliados através do TUG, concorda com os resultados de Karuka et.al.²¹ e Santos, Borges e Menezes²², que encontraram médias de 13 (\pm 4,89) segundos e 7,61 (\pm 1,56) segundos, respectivamente, para a realização do teste, as quais também demonstraram que a maioria dos idosos não apresentava risco aumentado de quedas.

Quando avaliado o desempenho com os resultados de TAF, os idosos do estudo de Fidelis, Patrizzi & Walsh²³ apresentaram médias de 33,46 (\pm 8,4) centímetros sendo bem maiores que os valores referidos na literatura de 15 centímetros, que indicam maior propensão às quedas, vindo de encontro com os resultados do nosso estudo onde a média foi de 28,72 (\pm 7,54) centímetros.

Os achados referentes à independência entre médias de idade e resultado do instrumento de *Downton* e desempenho no TAF não foram encontrados em outros estudos. Já, achados semelhantes da relação significativa entre idade e desempenho no TUG foram verificados em estudo de Santos²¹ no qual os grupos etários investigados apresentaram diferenças significativas, mostrando que quanto maior a idade, maior o déficit de equilíbrio e, consequentemente, maior o risco de quedas.

Maciel e Guerra²⁴ em seu estudo também observaram forte associação da alteração da mobilidade pelo TUG, com a variável idade, onde a maioria dos idosos pertencentes às faixas etárias acima dos 75 anos ou mais teve maior chance de apresentar déficit na mobilidade, com consequente risco de quedas aumentado.

Quando relacionamos a variável sexo com os instrumentos *Downton*, TUG e TAF verificou-se não haver nenhuma relação significativa, porém na literatura encontramos que o risco de uma mulher sofrer queda é de 1,71 vezes maior quando comparada ao homem, pois as mulheres estão mais expostas a atividades externas, utilização acentuada de fármacos, uso de psicotrópicos e diminuição da força de preensão⁴.

Podemos destacar que em nosso estudo predominaram idosos muito ativos e ativos sem risco aumentado de quedas o que vai de encontro com os achados de Pinho, et al.⁴ que também apresentou uma relação significativa entre o nível de atividade física e o risco de quedas.

Não podemos afirmar que a idade avançada e as perdas funcionais sejam causas únicas para quedas. Existe sim uma combinação de fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo que uma parte dessas quedas ocorre por inadequações no ambiente⁴. Assim, a atividade física se torna uma aliada à interação social, melhorando a autoeficácia e proporcionando uma maior sensação de controle sobre os eventos e as demandas do meio, diminuindo, assim, os riscos de quedas entre os idosos da comunidade¹⁵.

A relação verificada entre as variáveis nível de atividade física e desempenho no TUG pode ser justificada pelo fato de o TUG estar relacionado com equilíbrio, velocidade de marcha e capacidade funcional, os quais sofrem influência direta da realização de atividade física. Assim, os idosos que se mantêm ativos tendem a apresentar melhor desempenho no TUG e automaticamente menor propensão às quedas. Estes, normalmente têm idades menos avançadas, pois são os mesmos que apresentam pequenas perdas fisiológicas, que não comprometem diretamente a mobilidade e a realização de atividades cotidianas.

O estudo dos autores Silva, Duarte & Arantes²⁵ também demonstrou haver relação significativa entre o nível de atividade física e TUG, sendo que os idosos mais ativos apresentaram melhores desempenhos no TUG.

A independência entre as variáveis nível de atividade física e desempenho TAF também foi encontrada por Campos, Vianna & Campos²⁶, os quais apontaram como possível justificativa, o fato de os idosos com alterações mais importantes do equilíbrio cercarem-se de maiores cuidados durante a realização do teste, a fim de evitar desequilíbrios e consequentes quedas.

As alterações de equilíbrio podem ser prevenidas através do envelhecimento ativo. Manter-se ativo após os 60 anos de idade impede o declínio gradual das aptidões físicas, que podem alterar os hábitos de vida e rotinas diárias dos idosos, levando-os a realizar atividades e formas de ocupação pouco ativas²².

A perda de massa muscular e a diminuição da força dos músculos, fisiológicas do processo de envelhecimento, interferem na autonomia, bem-estar e qualidade de vida dos idosos, as quais ficam mais evidentes entre os idosos com idades entre 70 e 80 anos (perda de 30% da massa muscular)²⁷. Estes achados podem justificar as variações no desempenho dos idosos de diferentes idades ao realizar o TUG, ficando os mais jovens com os melhores resultados.

A relação de dependência encontrada entre os instrumentos TAF e TUG, que avaliaram o risco de quedas nos idosos, pode estar relacionada ao fato de serem instrumentos que levam em consideração mobilidade funcional, equilíbrio estático e dinâmico. Já a relação de dependência entre estes testes e a escala de Downton pode estar associada ao fato de ser esta uma escala que investiga presença de fatores que podem influenciar no controle do equilíbrio corporal como uso de medicamentos, quedas anteriores, déficit sensorial, estado mental e marcha com ou sem utilização de apoio.

Assim, de acordo com os resultados obtidos em nosso estudo foi possível identificar que a prática de atividade física é capaz de reduzir o risco de quedas, sendo uma das formas alternativas para minimizar as perdas de força muscular com o avanço da idade. A sua prática possibilita ganhos, minimizando e retardando os efeitos do envelhecimento com presença de doenças crônicas, e consequentemente uma melhora e/ou manutenção da autonomia do idoso, sua independência e inserção social²².

Cabe destacar que, como predominaram neste estudo idosos jovens, com ausência de riscos de quedas, percebe-se a necessidade de repensar estratégias voltadas para a manutenção da funcionalidade e independência destes, para que os mesmos não venham a apresentar significativas alterações físico-funcionais que comprometam sua mobilidade em idades mais avançadas.

Considerações Finais

Os resultados deste estudo sugerem associação significativa entre o nível de atividade física e o risco de quedas em idosos. Verificou-se que os idosos ativos e muito ativos foram aqueles que apresentaram menor risco de quedas em diferentes instrumentos de avaliação, podendo concluir que os idosos que se mantêm ativos ao longo do envelhecimento, sofrem influência positiva no que se refere à prevenção de quedas, manutenção da funcionalidade e do equilíbrio corporal.

Desta forma, destaca-se o papel do profissional fisioterapeuta e dos demais profissionais da área da saúde, no planejamento de ações que minimizem o risco de quedas para a população de idosos que cresce e vive cada vez mais, através da proposição de estratégias de estímulo a realização de atividade física regular como forma de reduzir agravos que comprometam a funcionalidade dos idosos.

Referências

1. Rede Interagencial de Informação para a Saúde - RIPSA. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: "conceitos e aplicações". 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.
2. Maia BC, Viana PS, Arantes PAM; Alecar MA. Consequências das quedas em idosos vivendo na comunidade Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, 2011; 14(2):381-393.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Sinopse do Senso Demográfico de 2010. Rio de Janeiro, 2011.
4. Pinho TAM, Silva AO, Tura LFR, Moreira MADSP, Gurgel SN, Smith, AAF, et al. Avaliação do risco de quedas em idosos atendidos em Unidade Básica de Saúde. Rev. Esc. Enferm. USP 2012; 46(2):320-327.
5. Silva MF, Goulart NBA, Lanferini FJ, Dias, MMCP. Relação entre os níveis de atividade física e qualidade de vida de idosos sedentários e fisicamente ativos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, 2012; 15(4):635-642.
6. Gasparotto LPR, Falsarella GR, Coimbra AMV. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, 2014;17(1):201-209.
7. Delbaere K, Close JCT, Mikolaizak AS, Sachdev PS, Brodaty HE, Lord SR. The Falls Efficacy Scale International (FES-I). A comprehensive longitudinal validation study. Age Ageing. 2010; 39(2):210-216.
8. Malini F, Lopes C, Lourenço R. Medo de quedas em idosos: uma revisão da literatura. Rev HUPE, 2014;13(2):38-44.
9. Almeida ST, Soldera CLC, De Carli GA, Gomes I, Resende T L. Analysis of extrinsic and intrinsic factors that predispose elderly individuals to fall. Rev. Assoc. Med. Bras. [online], 2012;58(4): 427-433.
10. Alves LC, Leite IC, Machado CJ. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. Rev Saúde Pública, 2010; 44(3): 468-78.
11. Sousa, SS, Oliveira PS, Oliveira FS, Holanda MAG, Almeida PC, Machado ALG. Study of sociodemographic factors associated with functional dependence in the elderly. Rev. Enferm, 2013; 2(1):44-48.
12. Netto AFL, Guimarães RF. Atividade Física e incidência de quedas em idosos. Rev. Saúde e Desenvolv, 2012; 1(2):28-43.

13. Cunha A & Lourenço R. Quedas em idosos: prevalência e fatores associados. Rev. HUPE, Rio de Janeiro, 2014; 13(2):21-29.
14. Pardini R, Matsudo S, Araújo T, Matsudo V, Andrade E, Braggion A, et al. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no brasil. Rev Bras Ativ Saude. 2001;10:5-18.
15. Organização Mundial Saúde (OMS) [homepage na internet]. Disponível em: www.who.org.br. 2010. [Acesso em maio/2015]
16. Batistoni SST, Namba CS. Idade subjetiva e suas relações com o envelhecimento bem sucedido. Psicol. Estud., 2010;15(4):733-742,
17. Toscano JJO, Oliveira ACC. Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. Rev Bras Med Esporte, 2009;15(3):169-173.
18. Leite MT, Catistoni D e Kirchner RM. Capacidad funcional y nível cognitivo de adultos mayores residentes em uma comunidade em el sur de Brasil. Enferm Global, 2015;14(1):1-11.
19. Thibaud M, Bloch F, Tournoux-Facon C, Brèque C, Rigaud AS, Dugué B, et al. Impact of physical activity and sedentary behaviour on fall risks in older people: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Eur Rev Aging Phys Act, 2012; 9 (1):5-15.
20. Reis LA, Nunes NOS & Flóres CMR. Risco de Quedas em Idosos: comparação entre a Fall Risk Score de Downton e o teste de Timed Up and go Test. Rev. InterScientia, 2013; 1 (3):28-38.
21. Karuka AH, Silva JAM. G; Navega MT. Análise da concordância entre instrumentos de avaliação do equilíbrio corporal em idosos. Rev. bras. fisioter. 2011;15(6):460-466.
22. Santos FPV, Borges LL, Menezes RL. Correlação entre três instrumentos de avaliação para risco de quedas em idosos. Fisioter Mov, 2013;26(4):883-894.
23. Fidelis LT, Patrizzi LJ & Walsh IAP. Influência da prática de exercícios físicos sobre a flexibilidade, força muscular manual e mobilidade funcional em idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, 2013; 16(1):109-116.
24. Maciel ACC & Guerra RO. Fatores associados à alteração da mobilidade em idosos residentes na comunidade. Rev Bras Fisioter, 2005; 9(1):17-23.
25. Silva EC, Duarte NB, Arante PMM. Estudo da relação entre o nível de atividade física e o risco de quedas em idosas. Rev. Fisiot. Pesq, 2011;18(1):23-30.
26. Campos MPS, Viana LG & Campos AF. Os testes de equilíbrio Alcance Funcional e “Timed Up and Go” e o risco de quedas em idosos. Rev Kairós Gerontol, 2013; 16(4):125-138.
27. Picoli, TS, Figueiredo, LL, Patrizzi, LJ. Sarcopenia e envelhecimento, Fisioter Mov, 2011;24(3):455-462.

Dinara Hansen

Endereço para correspondência – Rua: Coronel Martins, nº 1329 ,
Bairro: Centro, CEP: 98005-210, Cruz Alta, RS, Brasil.
E-mail: dhansen@unicruz.edu.br
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0168148898453119>

Tatiane Konrad Rückert – tatiane-kr@hotmail.com
Carolina Böttge Rosa – carolboettge@gmail.com
Solange Beatriz Billig Garces – sgarces@unicruz.edu.br
Michele Ferraz Figueiró – mfigueiro@unicruz.edu.br
Jociane de Carvalho Myskiw – jociane.myskiw@pucrs.br
Janaina Coser – coser@unicruz.edu.br
Ângela Vieira Brunelli – abrunelli@unicruz.edu.br

Enviado em 08 de janeiro de 2016.
Aceito em 20 de junho de 2016.

DESEMPENHO DOS PACIENTES SIMULADOS NO EXERCÍCIO DE AVALIAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

PERFORMANCE OF SIMULATED PATIENTS IN THE EVALUATION EXERCISE OF THE PROFESSIONAL PRACTICE

Magali Aparecida Alves de Moraes¹, Olga Aparecida Angeli²

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção dos estudantes e professores dos cursos de enfermagem e medicina sobre o desempenho dos pacientes simulados. **Metodologia:** O estudo foi de abordagem qualitativa, utilizando-se documentos institucionais, preenchidos por professores e estudantes do 1º ao 4º ano dos cursos de medicina e enfermagem, e que avaliaram os desempenhos dos pacientes simulados, no ano de 2014. O método utilizado para a análise desses formatos foi o da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. **Resultados:** A temática elencada foi “Fortalezas e Fragilidades dos desempenhos dos pacientes simulados nos Exercícios de Avaliação da Prática Profissional”. **Conclusão:** Foi considerado satisfatório os desempenhos dos pacientes simulados na percepção de docentes e estudantes, e que a estratégia de utilizar os pacientes simulados contribui para a formação e avaliação dos estudantes. Entretanto, ainda se faz necessário continuar investindo no momento da capacitação dos pacientes simulados, para aperfeiçoamento do desempenho dos mesmos.

Descritores: Simulação; Ensino; Avaliação; Avaliação de Desempenho Profissional.

ABSTRACT

Objective: To analyze the perception of students and teachers from nursing and medical courses on the performance of simulated patients. **Methodology:** The study was a qualitative approach, using institutional documents, completed by teachers and students from 1st to 4th year Medical and Nursing programs, who evaluated the performance of simulated patients during the 2014 Calendar year. The method used in the analysis of these formats was the analysis of content technique, thematic modality. **Results:** the identified theme was “Strengths and Weaknesses of the performance of simulated patients in the Professional Practice Evaluation Exercises”. **Conclusion:** The performances of simulated patients were considered satisfactory in the perception of teachers and students, and the strategy of using simulated patients contributes to the training and evaluation of students. However, at this moment, it is still necessary to continue investing in the training of simulated patients, to improve their performances.

Descriptors: Simulation; Teaching; Evaluation; Employee Performance Appraisal.

¹Doutora em Educação pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), Marília, SP, Brasil.

²Doutora em Saúde Mental pela Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Introdução

Nas últimas décadas os cursos de medicina e enfermagem vêm modificando seus currículos de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais, objetivando formar profissionais generalistas, humanistas, críticos e reflexivos, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação na área da saúde, nos âmbitos individuais e coletivos^{1,2}.

As Diretrizes sugerem ainda novas metodologias de ensino e aprendizagem, sendo que as ativas são as mais utilizadas como a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a Problematização.

Nessas metodologias ativas, uma das estratégias utilizadas na formação profissional tem sido a utilização de pacientes simulados e simuladores em ambientes protegidos e controlados visando o desenvolvimento da comunicação, atitude ética, história clínica e treinamento de exame clínico entre outros aspectos^{3,4,5}.

A estratégia de simulação teve início na década de sessenta na Universidade de McMaster, Canadá, e no Brasil na década de noventa^{6,7}.

Em uma instituição pública de ensino superior do interior do Estado de São Paulo esta estratégia está inserida na graduação nos cursos de medicina e enfermagem. O curso de medicina inicialmente utilizou esta estratégia em caráter experimental no 1º ano ao final de 1998, ainda seguindo o modelo similar ao que ocorria na Universidade de McMaster, denominado mini-OSCE (Objective Structured Clinical Examination) e passou a ser utilizado até 2002 no final dos anos no curso de medicina, para avaliar as habilidades clínicas básicas e de comunicação⁵. Em 2003 com a mudança curricular adotada na Instituição, currículo por competência, passou-se a utilizar o formato do Exercício de Avaliação da Prática Profissional (EAPP),

[...] instrumento que avalia o desempenho do estudante na realização de uma tarefa em uma situação simulada da prática profissional, com a participação de paciente simulado/ator, manequim ou simuladores de sons. O EAPP é um ‘caso longo’ que possibilita a compreensão global (integral) do paciente. As situações utilizadas estão relacionadas às tarefas realizadas pelos estudantes, na respectiva série e derivam das situações reais da prática profissional^{8:286}.

O EAPP “realizado com atores [pacientes simulados] em ambiente protegido, é a forma mais aproximada da realidade vivida no cenário real e possibilita, por meio da avaliação do desempenho, inferir a competência profissional do educando”^{9:677}.

Os estudantes quando realizam o EAPP são avaliados pelos docentes segundo uma escala de desempenho com critérios referenciados que culminam no conceito satisfatório ou insatisfatório.

Após a realização do EAPP os estudantes e docentes preenchem um formato para avaliar o mesmo, denominado F6-EAPP-estudante, /F6-EAPP-docente, como também avaliam o desempenho dos pacientes simulados.

Atualmente este tipo de estratégia de simulação é utilizada tanto para a avaliação do desempenho com caráter formativo e somativo, quanto para o processo de ensino-aprendizagem e está inserido nos dois cursos de medicina e enfermagem.

Para a realização desta estratégia de simulação criou-se o Programa de Pacientes Simulados, que inicialmente era composto por funcionários da própria instituição treinados para este fim, a partir de 2004 esse serviço foi terceirizado, ficando na responsabilidade da Instituição a capacitação dos pacientes simulados.

Atualmente o grupo é composto por 23 pessoas, sendo capacitados por psicólogas, médicos e enfermeiras.

[...] o responsável pelo Programa de Pacientes Simulados recebe o script das situações elaboradas por um grupo de professores de cada série e curso e conta ainda com a colaboração de alguns destes professores durante a capacitação. O Programa é constituído por pessoas de ambos os sexos e maiores de idade. Os pacientes simulados/atores desempenham de acordo com o currículo implantado, não apenas o papel de pacientes, mas também o de familiares, agente comunitário, auxiliar de enfermagem, entre outros [...] Outros recursos são utilizados como os manequins, bonecos e simuladores, em situação que não é possível utilizar o paciente simulado^{8:292}.

Na capacitação, os pacientes são orientados a utilizarem vestes adequadas (top, bermudas ou calças com elasticidade) para facilitar o exame físico. Os exames ginecológicos, obstétricos e em crianças são realizados em manequins ou bonecos.

Durante as capacitações são trabalhadas também com os pacientes simulados, as devolutivas das avaliações preenchidas por professores e estudantes nos formatos F6.

Essa pesquisa se justifica por não haver no Brasil muitos estudos sobre a utilização de pacientes simulados no ensino, e para que possa contribuir na divulgação e implementação em outras instituições deste Programa contribuindo para a formação de profissionais na área da saúde.

O objetivo desse estudo foi o de analisar a percepção dos estudantes e professores dos cursos de enfermagem e medicina sobre o desempenho dos pacientes simulados na graduação do 1º ao 4º ano dos dois cursos.

Metodologia

O estudo é documental com abordagem qualitativa. Essa abordagem trabalha com a subjetividade, considerando o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correlacionando a um espaço mais significativo das relações humanas, dos processos e dos fenômenos^{10,11}. Nesse sentido, esta abordagem se justifica porque trabalha com percepções dos participantes da pesquisa, os significados sobre o desempenho dos pacientes simulados nos EAPPs, contidas nos formatos de avaliação.

Foram utilizados documentos institucionais, os formatos F6 – EAPP, que avaliam vários aspectos do EAPP, inclusive o desempenho do paciente simulado, campo esse analisado nesse estudo no que se refere as seguintes categorias: postura, pontualidade, interesse, domínio dos dados da história, qualidade da representação, forma de fazer a avaliação e outros aspectos.

Esses formatos são preenchidos pelos professores e estudantes sem identificação, garantindo o anonimato dos participantes. Foram utilizados os formatos preenchidos por professores e estudantes do 1º ao 4º ano de dois cursos de medicina e enfermagem de uma instituição de ensino superior do Estado de São Paulo, no ano de 2014.

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Famema, pelo número do parecer 1.289.212 em 21/10/2015, de acordo com a resolução 466 de 12/12/2012.

O método utilizado para a análise desses formatos foi o da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática^{10,11}. Realizar uma análise temática significa identificar nas expressões textuais os temas gerais recorrentes que aparecem no interior de vários conteúdos expressos na comunicação¹².

Foram analisados todos os formatos preenchidos por docentes e estudantes, com o intuito de analisar as percepções desses sobre o desempenho dos pacientes simulados nos EAPPs de 2014. Sendo que o tema recorrente foi o que se referiu a fragilidades e fortalezas do desempenho.

Os pesquisadores realizaram três fases para a análise de conteúdo adaptadas de teóricos^{10,11}: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação dos dados coletados.

Na primeira fase da análise de conteúdo, foi organizado o material coletado nos formatos, destacados os trechos significativos e as categorias temáticas. Na segunda fase, a análise propriamente dita, sendo a mais longa e que necessitou de várias leituras do material. Já na terceira fase foi realizada a inferência do conteúdo subjacente ao que foi manifesto para finalizar a interpretação dos dados, elencando a temática.

Para garantir o sigilo, foi utilizado para representar as falas dos participantes códigos alfanuméricos, “E” para estudante e “P” para professor, seguido pelo número da série de cada participante.

Resultados e Discussão

Fortalezas e fragilidades dos desempenhos dos pacientes simulados nos EAPPs

A maioria dos docentes e estudantes destacou como fortaleza do desempenho dos pacientes simulados o domínio dos dados da história e a qualidade da representação. Elogiaram a postura, a pontualidade e o interesse em realizar esta atividade. Além disso, alguns destacaram positivamente a forma de fazer a avaliação do atendimento dos estudantes e a capacidade de improvisar diante dos mesmos, quando os dados não constavam no *script*. Como exemplificado a seguir:

A paciente simulada foi ótima, apresenta uma grande perspicácia e sensibilidade para cada estudante (P.2).

Excelente. Total domínio da história. Desempenho muito bom, como se as bonecas fossem realmente seus filhos (P.3)

Teve boa atuação tornando a atividade bastante real, muito próxima do que acontece no hospital (P.3).

Ela foi bastante convincente, me fazendo entrar realmente na situação que ela apresentou (E.1).

O paciente simulado fez ótima simulação, demonstrando humor rebaixado devido à história clínica, apresentando e demonstrando dor a palpação. Ótima postura, pontual e interessado (E.2).

Paciente mais realista, trazendo a oportunidade de sentir o cenário real (E.3).

Paciente bom ator interpretou bem a dor e o caso (E.3).

Ótima atriz (E.4).

Paciente simulada foi excelente, parecia paciente real (E.4).

Em um outro estudo realizado no 4. ano de uma instituição pública de ensino superior com formatos dos EAPPs de 2008, os estudantes e docentes relataram de forma satisfatória a qualidade na interpretação e a integração ao contexto, também enfatizaram a pontualidade e a promoção de situações próximas a realidade. Neste mesmo estudo poucas fragilidades foram apontadas como no estudo atual, e quando o fizeram mencionaram a dificuldade do paciente simulado transmitir os dados da história⁸.

Autores destacam que a utilização de pacientes simulados facilita o “aprimoramento das habilidades de comunicação com as pessoas, realização da história clínica e raciocínio clínico”, apesar da limitação de alguns aspectos do exame físico que não podem ser simulados^{9:680}. O fato do desempenho do paciente simulado ser muito semelhante ao paciente real possibilita o desenvolvimento de competência da prática de enfermagem e medicina sem colocar em risco o paciente real. Além disso, no que se refere à possibilidade do paciente simulado dar uma devolutiva do desempenho do estudante na situação simulada é algo mencionado tanto por estudantes quanto por docentes:

Paciente simulada [...] realizou adequadamente a avaliação e críticas construtivas (E.4).

Os docentes e estudantes destacaram o aspecto da devolutiva do desempenho do estudante por parte do paciente na situação simulada:

[...] Ótima forma de realizar a avaliação do estudante (P.4).

[...] Sua avaliação é coerente com o desempenho do estudante (P1).

Esse último aspecto demonstra que a avaliação do paciente simulado pode ser mais um aval à avaliação do docente, pois acaba reforçando a avaliação do mesmo.

A questão da avaliação está presente na literatura considerada como uma das vantagens na utilização do paciente simulado, pois, tendo em vista que eles podem ser “instruídos para fazerem comentários construtivos sobre a atuação do estudante (avaliação formativa) e ou para registrar desempenho e verificar a adequação da tarefa desempenhada (avaliação somativa)”^{6:83}. Como as falas a seguir:

[...] Avaliação respeitosa (E.2).

O paciente simulado [...] fez uma boa avaliação da minha atuação e apresentava domínio da história. A caracterização (acesso venoso e as maquiagens) contribuiu para deixar história mais real (E.3).

Nesse sentido, tanto docentes como estudantes elogiaram o desempenho do paciente simulado quanto à avaliação do atendimento do estudante e consideraram uma fragilidade quando a mesma não é realizada pelos pacientes simulados.

Exemplificado a seguir:

A avaliação poderia ser mais ampla (P.3).

[...] não fez a avaliação de como foi à simulação (E.2).

Outro aspecto destacado como fortaleza é a capacidade de improvisação diante do estudante como algo fundamental, pois no *script* nem todos os dados estão contidos e a experiência do paciente simulado o ajuda diante deste desafio de responder ao estudante sem comprometer a história. Esta capacidade de improvisação provavelmente ocorre porque o grupo de pacientes simulados da instituição vem trabalhando há cerca de dez anos, o que facilita o seu desempenho neste aspecto.

Domínio do contexto. Agilidade e coerência nas respostas que não estavam no roteiro (P.4).

Tem postura, pontual, interessado, segue a história, mas sabe improvisar, se necessário (E.3).

A maioria dos formatos preenchidos pelos docentes e estudantes não continham fragilidade a respeito do desempenho dos pacientes simulados. Entretanto dos poucos que mencionaram fragilidades destacaram também a falta de domínio dos dados, a qualidade da representação, a forma de fazer a avaliação, a falta de pontualidade, a vestimenta inadequada, e adereços inadequados à história. Como exemplificado a seguir:

Alguma dificuldade em caracterizar a dor torácica que era aperto e queimação e não apenas queimação. Na parte das pernas não caracterizou o fator limitante de andar um quarteirão devido às dores. Não demonstrou motivação pelos filhos (P.2).

A paciente está com dores abdominais, pois está com cálculo fazendo uso de medicação. Dificultou a avaliação do exame do abdome (P.2).

Dificuldade no exame físico devido às condições de saúde da própria atriz (E.2).

Nesses exemplos o docente não estimulou o estudante a aprender diante de uma situação real da paciente simulada que estava com cálculo renal, perderam a oportunidade de aprender com a realidade imposta, sem ser a da simulação.

Já outros exemplos apresentam a postura inadequada dos pacientes simulados:

Paciente simulado entrega todos os dados da história impossibilitando que o aluno necessitasse buscar a informação (P.4).

Por ser analfabeto, não deveria entender muitas palavras difíceis, mas conseguiu entender sem questionamentos (E.1).

Ela estava de calça e de sapatos fechados, o que me inibiu quanto à inspeção geral dos membros inferiores (E.1).

Esse último exemplo indica a inibição do estudante no início do curso, em específico no 1.º ano, que o impede de ter a iniciativa de solicitar ao paciente simulado de retirar os sapatos para realizar o exame físico, pois ainda se sente invadindo o paciente, mesmo que este seja um “ator”. Esse aspecto precisa ser trabalhado pelo docente, estimulando-o a vencer suas barreiras diante da pessoa.

Autores referem em seu estudo com estudantes do curso de Medicina da Universidade da Paraíba, que nos primeiros contatos desses com os pacientes reais, também identificaram sentimentos de insegurança, medo e de culpa por invadir o paciente sem lhe dar nada em troca¹³. Também destacaram à importância do curso em trabalhar com os sentimentos dos estudantes, para evitar atitudes com distanciamento emocional¹³. Nesse sentido, tanto com pacientes reais como com simulados estes sentimentos dos estudantes estão presentes.

Outras falas acrescentaram fragilidades no desempenho dos pacientes simulados, sendo necessário ainda investir no momento da capacitação:

Precisa de melhor treinamento para as reações do exame físico. Provocou confusão ao indicar o sinal de Murphy positivo (e não era para ser indicado) e não mostrou dor à palpação profunda de abdome (E.3).

Paciente robotizado (E.3).

Às vezes mostrou-se confusa quanto alguns dados (E.3).

Esquecimento de alguns pontos da história (P.4).

Ruim, muito apática (E.4).

Respondia muito rápido, dificultando a anamnese (E.4).

Nessas últimas avaliações, os pacientes parecem oscilar de um polo ao outro no seu desempenho indo da atitude apática à rápida. Neste caso, caberia ao docente motivar os estudantes a liderem com estas situações que estão presentes na prática profissional, a aprenderem a manejar as diversas atitudes. Já no que se refere à memorização dos dados da história isso depende de maior envolvimento e dedicação do paciente simulado, tendo sido ele orientado na capacitação.

Considerações Finais

Conclui-se neste estudo que a percepção dos docentes e estudantes sobre o desempenho dos pacientes simulados foi considerado satisfatório, e que a estratégia de utilizar os pacientes simulados contribui para a formação e avaliação dos estudantes. Entretanto, ainda se faz necessário continuar investindo no momento da capacitação do paciente simulado, para aperfeiçoamento do desempenho dos mesmos.

A atividade simulada atrelada ao cenário real da prática profissional no currículo por competência, com situações, muito próximas a realidade da prática profissional facilita que o estudante aprenda a ter respeito, postura, comunicação efetiva, supere suas inibições diante dos pacientes e aprenda a lidar com as várias atitudes dos atores que simulam situações e condutas diferentes, valorizando o encontro com o paciente simulado na sua formação profissional.

Espera-se que este estudo estimule instituições universitárias, mais especificamente aquelas que contemplam cursos da área da saúde a investirem no Programa de Pacientes Simulados para a formação de profissionais.

Referências

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. RESOLUÇÃO CNE/CES Nº 3, DE 7 DE NOVEMBRO DE 2001. Diário Oficial da União, Brasília. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf> Acesso em 30 de nov 2015.
2. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. RESOLUÇÃO Nº 3, DE 20 DE JUNHO DE 2014. Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Disponível em: file:///C:/Users/Magali/Downloads/rces003_14%20(1).pdf Acesso em 10 de jul 2015.
3. Troncon, LEA. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. Medicina (Ribeirão Preto). abr/jun 2007; v. 40(2):180-191.
4. Varga, CRR, Almeida, VC, Germano, CMR, Melo, DG, Chachá, SGF, Souto, BGA, et al. Relato de experiência: o uso de simulações no processo ensino-aprendizagem em Medicina. Rev. Bras. Educ. Med. abr/jun 2009; 33(2):291-297.
5. Moraes, MAA, Marvulo, MML, Bracciali, LAD, Costa, MCG. O uso da simulação como estratégia avaliativa na graduação em saúde. In: Moraes, MAA, Tonhom, SFR, Hafnes, MLMB, Gomes, R (orgs.). Avaliação nos Cursos de Medicina e Enfermagem: perspectivas e desafios. Curitiba: CRV; 2012. p.143-162.

6. Troncon, LEA. O emprego de pacientes simulados e padronizados na avaliação prática de habilidades clínicas. In: Avaliação Prática de Habilidades Clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p.75-87.
7. Bonamigo, EL, Destefani, AS. A Dramatização como estratégia de ensino da comunicação de más notícias ao paciente durante a graduação médica. Rev. Bioética (Impresso). set/dez 2010; 18(3):725-742.
8. Mazzoni, CJ, Moraes, MAA. Experiências com OSCE na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). In: Tibério, IFLC, Daud-Gallotti, RM, Troncon, LEA, Martins, MA (orgs.). Avaliação Prática de Habilidades Clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 285-296.
9. Costa, MCG, Mazzoni, CJ, Bracciali, LAD, Moraes, MAA. Exercício de avaliação da prática profissional como estratégia de ensino e aprendizagem. In: Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior. 2011; 16(3):675-684.
10. Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13^a ed. São Paulo: HUCITEC – ABRASCO; 2013.
11. Gomes, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo, MCS, organizadora, Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 32^a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.
12. Turato, ER. Tratando e discutindo os dados para a contribuição do pesquisador ao repensar do conhecimento científico. In: Turato, ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Rio de Janeiro: Vozes, 2003. p. 437-521.
13. Sousa-Muñoz, RL, Silva, IBA, Maroja, JLS. Experiência do estudante de semiologia médica em aulas práticas com o paciente à beira do leito. Rev. Bras. Educ. Med. jul/set 2011; 35(3). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022014000300013. Acesso em 29 de fev 2016.

Magali Aparecida Alves de Moraes

Endereço para correspondência – Rua: Orlando Righetti, nº 212,
Bairro: Fragata, CEP:17.519-230, Marília, SP, Brasil.

E-mail: dmagalimoraes@hotmail.com

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0447887914920603>

Olga Aparecida Angeli – angeliolga@hotmail.com

Enviado em 04 de abril de 2016.

Aceito em 26 de julho de 2016.

Santa Maria, v. 42, n.2, p. 175-184, jul./dez. 2016

AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE IDOSOS COM DOENÇA RENAL CRÔNICA EM TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

EVALUATION FUNCTIONAL CAPACITY OF ELDERLY WITH CHRONIC RENAL IN HEMODIALYSIS TREATMENT

Fábio Pereira de Carvalho¹; Igho Leonardo do Nascimento Carvalho²; Antônia Sylca de Jesus Sousa³; Camila Duarte Simões⁴; Erisonval Saraiva da Silva⁵; Joelita de Alencar Fonseca Santos⁶.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a capacidade funcional em idosos com insuficiência renal crônica que realizam tratamento de hemodiálise. Metodologia: Estudo transversal, descritivo, realizado em Teresina-PI, no período de agosto a novembro de 2015, com amostra de 60 idosos. Aplicado questionário estruturado e a Medida de Independência Funcional (MIF), sendo obtido frequência simples e Teste Qui-quadrado de Pearson ($p<0,05$). Resultados: A maioria dos pacientes avaliados apresentou o grau de independência completa (28,3%), embora a média total da MIF (104,3 pontos) indicou grau de dependência no nível de supervisão. O conhecimento sobre a patologia e renda apresentou relação estatisticamente significante com a capacidade funcional. Considerações finais: O tratamento de hemodiálise pouco interfere sobre a capacidade funcional dos idosos, mas sugere ações de saúde baseadas em atividades físicas e lazer, otimizando a manutenção da qualidade de vida.

Descriptores: Atividades Cotidianas; Saúde do Idoso; Insuficiência Renal Crônica; Diálise Renal.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the functional capacity in elderly patients with chronic renal failure in hemodialysis treatment. Methodology: Transversal and descriptive study, carried out from August to November 2015 in Teresina city with sample of 60 elderly. It was applied a structured questionnaire and the Functional Independence Measure (FIM), obtaining simple frequency and chi-square test of Pearson ($p <0.05$). Results: Most assisted patients had the degree of complete independence (28.3%), although the total average of the FIM (104.3 points) indicated a degree of dependence in the level of supervision. Knowledge about the pathology and income showed a statistically significant relationship with the functional capacity. Final considerations: The hemodialysis treatment interferes in the functional capacity of the elderly, suggesting health interventions based on stimulus to practices of physical and leisure activities, enhancing the maintenance of the quality of life of individuals.

Descriptors: Activities of Daily Life; The Elderly Health; Chronic Renal Insufficiency; Renal Dialysis.

¹ Graduado em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), Floriano, PI, Brasil.

² Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR), Fortaleza, CE, Brasil.

³ Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI), Picos, Piauí, Brasil.

⁴ Graduada em Enfermagem pela Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO), Fortaleza, CE, Brasil.

⁵ Mestre em Terapia Intensiva pela Sociedade Brasileira de Terapia intensiva (SOBRATI), Teresina, PI, Brasil.

⁶ Mestre em Terapia Intensiva pela Universidade Brasileira de Terapia Intensiva (UNIBRATI), São Paulo, SP, Brasil.

Introdução

A capacidade funcional ou capacidade de realizar as atividades de vida diária com autonomia e independência tem sido uma das dimensões de saúde considerada fundamental na avaliação da saúde da população idosa, principalmente daqueles com Doença Renal Crônica (DRC), devido ao potencial de comprometimento. Nesse sentido, existe o amplo reconhecimento que, para o idoso em tratamento hemodialítico, as alterações funcionais interferem de forma significativa no desenvolvimento das suas atividades de vida diária, requerendo intervenções de saúde¹.

A DRC é a perda lenta, progressiva e irreversível das funções renais. Os rins possuem um processo adaptativo, permanecendo assintomático até que se tenha 50% da função renal comprometida. Quando diagnosticado a DRC, adota-se tratamento conservado baseado em medicamentos e dieta, embora somente quando a função renal está abaixo de 15 ou 10% torna-se necessário o uso de métodos invasivos de tratamento, como diálise (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal².

Atualmente a hemodiálise é a forma de tratamento mais utilizada em idosos com IRC, baseada na circulação extracorpórea, feita entre membranas derivadas de celulose que atuam como membrana semipermeável. O paciente idoso com IRC em programa de hemodiálise necessita conviver com uma doença incurável e de tratamento doloroso que, devido sua evolução e complicações, gera limitações e impactos que afetam a vida desse indivíduo e de sua família³⁻⁴.

Os pacientes idosos constituem a parcela da população com crescimento mais rápido em todo o mundo, inclusive no Brasil, e apresentam alta prevalência de DRC. Estes são particularmente susceptíveis à diminuição da função renal, devido ao declínio fisiológico da filtração glomerular (FG) relacionado à idade e comorbidades, tais como diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Com isso, a DRC e seu tratamento acaba por interferir na vida dos idosos impedindo ou limitando suas atividades de vida diária, por causarem muitas vezes incapacidades físicas ou emocionais⁵⁻⁶.

A avaliação da capacidade funcional torna-se essencial para identificação precoce dos fatores de risco para incapacidade, estabelecimento de diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico adequado, que nortearão as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas com IRC, especialmente os que realizam tratamento hemodialítico. Essa avaliação é de extrema importância porque contribui para formulação de um plano terapêutico individual, além de servir como parâmetro de comparação de intervenções de saúde e para qualificação de profissionais de saúde, melhorando sua prática assistencial^{7,8}.

Para a equipe multidisciplinar, a avaliação da capacidade funcional do idoso em tratamento hemodialítico proporcionará um maior conhecimento sobre o impacto na autonomia do indivíduo. Dessa forma, o profissional terá a possibilidade de direcionar sua assistência, avaliando, elaborando e executando os cuidados prestados ao idoso, fornecendo o apoio necessário para preservação ou redução de danos à capacidade funcional.

O estudo ainda pretende otimizar a adaptação do idoso ao tratamento de hemodiálise, contribuindo para redução de condições que interfiram na capacidade de realizar suas atividades de vida diária à medida que subsidia estratégias de saúde que visem a manutenção da autonomia, independência e, principalmente, qualidade de vida. Por isso, o estudo objetiva avaliar a capacidade funcional em idosos com insuficiência renal crônica que realizam tratamento de hemodiálise.

Metodologia

Trata-se de estudo transversal, analítico, com abordagem quantitativa. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal do Piauí, Campus Amílcar Ferreira Sobral, sob o parecer nº068959/2015 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 47351015.9.0000.5660

Realizado na clínica especializada em nefrologia, referência em tratamento em hemodiálise, localizada no município de Teresina, capital do estado do Piauí, com população estimada de 840.600 habitantes, sendo um centro referência para serviços de saúde no norte e nordeste brasileiro.

O estudo adotou uma amostra não probabilística, na qual participaram 60 idosos com diagnóstico de IRC que realizavam tratamento hemodialítico, durante período mínimo de três meses, devido ser o tempo necessário à estabilidade e evolução do quadro clínico. A coleta de dados foi realizada no período entre agosto a setembro de 2015, exclusivamente pelo pesquisador assistente, acadêmico do curso de enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

A coleta foi desenvolvida por meio de entrevista a partir de instrumento estruturado, contendo questionamentos que revelam características socioeconômicas, familiares e de saúde, bem como aplicação do instrumento multidimensional “Medida de Independência Funcional” (MIF), validado no Brasil e presente no Caderno de Atenção da Pessoa Idosa, que quantifica o grau de solicitação de cuidados de terceiros de que o portador de uma deficiência física necessita para a realização de atividades motoras e cognitivas, mas que pode ser em outras comorbidades, tais como DRC⁹.

Na MIF, quanto maior a pontuação obtida, maior a independência do paciente na realização de suas atividades de vida diária. A MIF total compreende dezoito atividades distribuídas em dois domínios. No motor, a ênfase é dada ao autocuidado, ao controle de esfíncter, à mobilidade e à locomoção, englobando treze atividades. No domínio cognitivo/social compreende-se as funções de comunicação e cognição social, contendo cinco atividades. Considerando todas as atividades, a pontuação total pode variar entre 18 e 126, sendo dividida em sete níveis de dependência, abrangendo do nível 1 (ajuda total - menor que 31 pontos), nível 2 (ajuda máxima – entre 32 e 62 pontos), nível 3 (ajuda moderada – entre 63 e 93 pontos), nível 4 (ajuda com contato mínimo – a partir de 94 pontos), nível 5 (supervisão - entre 95 e 111 pontos), nível 6 (independência modificada – entre 112 e 125 pontos) e nível 7 (independência completa – igual a 126 pontos)¹⁰.

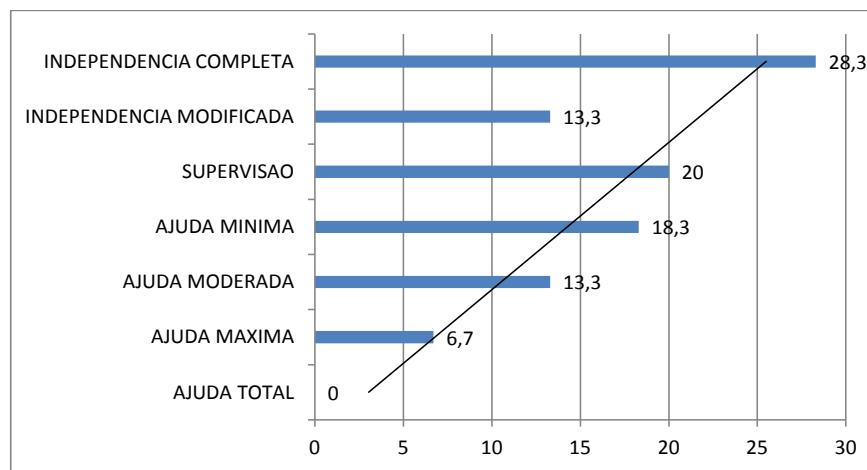
Os dados foram armazenados e analisados no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 19.0, sendo que o plano de análise compreendeu a estatística descritiva de avaliação da MIF e do estilo de vida por tabelas e gráficos. Em seguida, foi investigado o nível de significância a partir da classificação da MIF - variável dependente - com as variáveis sociodemográficas, familiar e de saúde por meio da aplicação do Teste Qui-quadrado, nível de significância $p < 0,05$.

Resultados

Os achados mais significativos do estudo foram a manutenção do nível de independência funcional e preservação das atividade de vida diária, embora os participantes afirmaram precisar abandonar suas atividades de trabalho. A renda e o conhecimento apresentam relação estatisticamente significativa com a capacidade funcional.

A aplicação do instrumento MIF constatou a ocorrência de quase todos possíveis níveis de dependência com exceção do nível de ajuda total, demonstrando que ajuda máxima representa 6,7%; ajuda moderada 13,3%; ajuda com contato mínimo 18,3%; supervisão 20,0%; independência modificada 13,3%; independência completa 28,3% (Gráfico 01).

Gráfico 01 – Classificação da MIF para idosos com IRC em tratamento hemodialítico. Teresina-PI, 2015.



Verificou-se que a média total da MIF foi de 104,3 pontos, indicando um grau de dependência no nível de supervisão ou preparação. Quando analisados os resultados quanto aos subdomínios, o grau de dependência encontrado correspondeu às seguintes médias: função autocuidado 38,6; função controle de esfíncter 12,6; mobilidade 16,9; locomoção 6,5 e cognição 29,4 (Tabela 01).

Tabela 01 – Avaliação da capacidade funcional dos pacientes idosos que realizam tratamento de hemodiálise segundo os subdomínios da Medida de Incapacidade Funcional. Teresina-PI, 2015.

SUBDOMÍNIO				
Autocuidado	10	42	38,6	6,7
Controle dos Esfíncteres	02	14	12,6	3,2
Mobilidade	03	21	16,9	6,1
Locomoção	02	14	6,5	4,9
Cognição	15	35	29,4	4,7
TOTAL (MIF)	37	126	104,3	20,8

Os hábitos de vida dos pacientes idosos que realizam tratamento de hemodiálise demonstram que 76,7% dos idosos conseguem desenvolver suas atividades de vida diária de forma autônoma e independente. Quanto à atividade de vida que o idoso teve que abandonar, o trabalho foi atividade mais citada por 58,3% dos participantes. Quando questionados sobre a realização de atividade física no cotidiano, somente 13,3% afirmaram praticar atividade física, sendo que a atividade mais praticada é a caminhada (Tabela 02).

Tabela 02 – Hábitos de vida dos pacientes idosos que realizam tratamento de hemodiálise. Teresina-PI, 2015.

VARIÁVEL	Frequência absoluta	Frequênc. Relativa (%)
Consegue desenvolver suas atividades de vida diária com autonomia e independência (n= 60)		
Sim	46	76,7
Não	14	23,3
Qual atividade de sua vida diária teve de abandonar (n= 60)		
Trabalho	35	58,3
Atividade física	06	10,0
Atividade doméstica	07	11,7
Relação sexual	02	3,3
Passear/Viajar	10	16,7
Qual atividade de sua vida sofreu mais interferência (n= 60)		
Trabalho	52	86,7
Atividade física	03	5,0
Relação sexual	01	1,7
Passear/Viajar	04	6,7
Praticam atividade física regularmente (n= 60)		
Sim	08	13,3
Não	52	86,7

Analisando a evolução das diferentes áreas, observamos que as variáveis renda e conhecimento são estatisticamente significativas na classificação da MIF, pois apresentam valor menor ou igual a 0,05, mostrando assim sua relação direta com perda da independência funcional dos pacientes em tratamento de hemodiálise no presente estudo. Quanto às demais os dados mostram seu baixo valor significativo em relação à MIF (Tabela 03).

Verificou-se, através da análise dos dados, que na relação de dependência entre as características socioeconômicas e de saúde com a MIF, dentre a população em estudo, que os indivíduos do sexo masculino têm nível satisfatório de escolaridade; renda maior que três salários mínimos; conseguem realizar suas atividades de vida diária; não apresentaram intercorrências durante a hemodiálise; tem maior conhecimento sobre a patologia e que o tratamento interfere no convívio social ou familiar, mas que durante o procedimento mantêm a independência funcional.

Quanto aos indivíduos que se mostraram dependentes funcionalmente estão os idosos do sexo feminino, que demonstram ter nível de escolaridade baixo; recebem menos de três salários mínimos; não conseguem realizar suas atividades de vida diária; apresentaram alguma intercorrência durante a hemodiálise; não têm conhecimento sobre a patologia e relataram não ter interferência no convívio social e familiar durante o tratamento.

Tabela 03 – Relação entre características socioeconômicas e de saúde dos pacientes idosos que realizam tratamento de hemodiálise com a MIF. Teresina-PI, 2015.

VARIÁVEL	p	INDEPENDÊNCIA	DEPENDÊNCIA		
Sexo	0,53				
Masculino		15	35,7	27	64,3
Feminino		02	11,1	16	88,9
Escolaridade	0,14				
Baixa		08	21,6	29	78,4
Satisfatória		09	39,1	14	60,9
Renda	0,02				
Até 3 SM*		13	29,5	41	70,5
Acima de 3 SM*		04	66,6	02	33,4
Atividade de vida diária	0,07				
Sim		17	36,9	29	63,1
Não		-		14	100,0
Intercorrência	0,10				
Sim		09	21,9	32	78,9
Não		08	72,7	11	27,7
Conhecimento	0,02				
Sim		07	53,8	06	46,2
Não		10	21,2	37	78,8
Relações familiares	0,77				
Sim		02	33,4	04	66,6
Não		15	27,8	39	72,2
Relações sociais	0,84				
Sim		0,1	33,4	02	66,6
Não		16	28,0	41	72,0

*Salário mínimo no período da coleta R\$ 788,00 reais.

Discussão

A avaliação funcional é conceituada como a designação dada para uma função específica, a capacidade de realizar autocuidado e atender suas necessidades, ou seja, as atividades de vida diária (AVD). A MIF mensura capacidade funcional e independência, estimando o grau de dificuldade ou limitações atribuídas a cada pessoa¹¹.

Neste estudo, a maioria dos pacientes avaliados apresentou o grau de independência completa na classificação geral da MIF, demonstrando assim estarem completamente aptos a realizarem suas atividades sem a necessidade de maiores cuidados de terceiros. Isso implica que, apesar de todos os obstáculos e limitações impostos aos idosos que realizam o tratamento hemodialítico, a maior parcela deles consegue fazer suas atividades do dia a dia sem a necessidade do auxílio de terceiros, realizando tarefas significativas para o seu bem estar, apesar da interferência da idade na capacidade funcional.

Outra classificação representativa foi o nível de dependência de supervisão, na qual os idosos em tratamento hemodialítico apresentam necessidade de acompanhamento de terceiros para realizar suas atividades diárias com segurança. Esse nível se refere a dependência modificada em que existe apenas a necessidade da presença física, sem contato para incentivar, ajudar ou preparar itens que possam satisfazer as necessidades básicas desses indivíduos⁸.

Quanto aos subdomínios da MIF, os que menos apresentaram comprometimento e dependência foram a locomoção, controle dos esfíncteres e mobilidade. Demonstrando que os pacientes idosos em tratamento hemodialítico apresentam bom desempenho em atividades como caminhar, subir e descer escadas, mudar de um local para outro e realizar suas atividades fisiológicas sem a necessidade da ajuda de terceiros.

O presente estudo corrobora com pesquisas nas quais fatores como anúria, diminuição do débito urinário, uso de medicações para controle da função intestinal proporcionam a esses subdomínio pouca influência na capacidade do idoso realizar suas atividades diárias. Quanto à locomoção e mobilidade, os idosos em hemodiálise não demonstram dificuldade, corroborando com outros estudos que aplicaram a MIF em pacientes que utilizam esta terapêutica¹²⁻¹³.

Os subdomínios mais afetados em sua capacidade funcional devido ao tratamento hemodialítico nos idosos foram o autocuidado e a cognição, demonstrado ter uma relação direta com a diminuição da independência funcional.

Acredita-se ainda que a maior frequência de idosos com comprometimento no autocuidado pode estar ligado à variável idade, pois constatou-se que com o aumento da idade há um declínio na capacidade para o autocuidado e na independência funcional. Logo, conclui-se que a idade, associada com as dificuldades impostas pela hemodiálise, dificulta o autocuidado desses pacientes¹⁴.

A alta frequência de idosos com dependência associada a fatores cognitivos pode estar relacionada ao alto número de idosos com baixa escolaridade. Foi observado que o baixo desempenho cognitivo aliado a sua patologia era favorecido quando os idosos, em sua maioria, tinham, no máximo, quatro anos de escolaridade.

Os idosos com nível de escolaridade baixo e em um tratamento que exige muito de sua capacidade psicológica têm seu desempenho cognitivo reduzido, necessitando da ajuda de terceiros para desenvolver suas atividades diárias¹⁵.

A aplicabilidade da MIF como instrumento de avaliação funcional em pacientes idosos em tratamento de IRC, mostrou-se ser uma ferramenta norteadora para os serviços de referência e para os profissionais de saúde. Dessa forma estes poderão orientar suas intervenções no tratamento adequado a estes pacientes, melhorando sua recuperação e contribuindo para o desenvolvimento de medidas de prevenção e manutenção da independência funcional destes.

Durante a pesquisa contatou-se a incoerência de opinião dos pesquisados, pois a maioria dos idosos revelou ter plena capacidade para realizar suas atividades de vida diária, mesmo em tratamento hemodialítico, ao mesmo tempo em que uma grande parcela dos entrevistados revelou abandono e interferência nas suas atividades laborais, devido ao tratamento.

A variável idade pode interferir na independência desse paciente, implicando sobre a necessidade de cuidados e comprometimento da rotina de trabalho¹⁶. As atividades laborais nos idosos fazem parte não apenas de uma forma de obter rendimentos financeiros, mas também de manter sua autoestima, sua independência cognitiva, sua participação efetiva perante a sociedade, sendo uma importante atividade desenvolvida no dia a dia.

Quando o idoso tem seu processo de trabalho interrompido por conta do tratamento de uma doença, gera-se um declínio não somente financeiro, mas também psicossocial neste paciente, fato esse que acaba potencializando seu estado de enfermo de uma forma geral. Nesse contexto, tornam-se necessárias medidas que priorizem a inserção dos idosos em tratamento hemodialítico em atividades que proporcionem seu envelhecimento ativo, melhorando assim sua qualidade de vida e, consequentemente, promovendo a independência funcional de terceiros.

Ademais, as limitações impostas pelo tratamento impossibilitam que estes indivíduos mantenham uma jornada de trabalho adequada, que ocasiona baixa renda e representa uma condição de risco para saúde mental e física desses pacientes, bem como interferindo na dinâmica, na rotina e no lazer¹⁷.

A baixa escolaridade é refletida no pouco conhecimento sobre a doença dificultando assim ações de promoção da saúde e manutenção da capacidade funcional dos idosos em hemodiálise. Além disso dificulta adesão do paciente ao regime terapêutico e limita seu acesso a informações, o que contribui para sua dependência na realização de suas funções diárias¹⁴.

Quando se trata do sexo do indivíduo, os achados da pesquisa contrariam os dados de outras pesquisas disponibilizadas. Em idosos, a variável sexo está fortemente associado a ocorrência de dependência, sendo duas vezes maior a chance para idosos do sexo feminino em relação aos do sexo masculino¹⁸.

Considerando as dimensões físicas, houve uma piora na qualidade de vida dos idosos associada com o aumento da idade; sexo feminino; relato de duas ou mais internações no último ano e presença de três ou mais doenças crônicas auto referidas¹⁶. Nesse sentido, foi observado o aumento das intercorrências, ocasionado pelo tratamento e pelas comorbidades, pois diminuem o grau de independência funcional dos idosos.

Renda e conhecimento sobre a patologia, além de variáveis como sexo, escolaridade e intercorrência, relacionados ao tratamento hemodialítico nos idosos possuem forte influência sobre a independência funcional desses pacientes. A baixa escolaridade, pouco conhecimento e grande número de intercorrências relacionadas, principalmente comorbidades e idade avançada, aumentam a dificuldade de prevenção, promoção e manutenção da independência funcional e qualidade de vida dessa população¹.

Cabe ressaltar que a dependência nas atividades de vida diária é fator que pode ser mutável com prevenção e reabilitação e, embora os principais conceitos de prevenção em saúde estejam assimilados pelos profissionais da área, percebe-se muita dificuldade na operacionalização, principalmente, quando se refere a grupos de pacientes crônicos, como aqueles com IRC¹³⁻¹⁴.

A avaliação da independência funcional constitui importante ferramenta norteadora de ações de saúde que compõem o plano terapêutico dos idosos em tratamento hemodialítico. O planejamento de ações de saúde, a partir dessa avaliação, direciona e prioriza a assistência do indivíduo idoso segundo a concepção holística e de promoção da qualidade de vida.

Considerações Finais

O estudo de avaliação da capacidade de idosos em tratamento hemodialítico permitiu identificar influência do tratamento na capacidade funcional, especialmente o baixo nível de escolaridade, o conhecimento sobre a patologia e a renda menor que três salários mínimos. Os idosos participantes do estudo mantiveram a independência funcional ou dependência supervisionada, referente a comprometimento na capacidade cognitiva e de autocuidado. Com isso, observa-se que a falta de conhecimento sobre a sua doença associado ao baixo poder aquisitivo dos pacientes idosos em tratamento hemodialítico são fatores que contribuem para o declínio funcional dos idosos, devido afetar capacidade cognitiva e de autocuidado.

Os achados fornecem aos profissionais de saúde da equipe multiprofissional, responsável pela assistência ao idoso em tratamento hemodialítico, informações relevantes para o planejamento de ações direcionadas à manutenção da capacidade funcional desses idosos, o que contribui para o desenvolvimento de plano terapêutico numa concepção integral e holística do idoso.

Acredita-se que as intervenções de ações direcionadas à preservação da capacidade funcional subsidiarão a redução da interferência do tratamento hemodialítico e o reconhecimento da potência de tecnologias leves no contexto da assistência especializada em saúde.

Uma limitação desta pesquisa é o tipo de estudo (transversal), no qual o instrumento MIF foi aplicado uma única vez durante as sessões de hemodiálise, não sendo possível captar alterações ao longo de um período de realização rotineira de hemodiálise. Apesar do amplo uso da MIF, trata-se de medida autorreferida que expressa o contexto situacional momentâneo que, por sua vez, pode superestimar sua capacidade funcional.

Torna-se necessário ampliar as análises das relações entre capacidade funcional e as demais variáveis sobre a influência das ações de acompanhamento e orientação dos idosos, assim como na capacitação dos profissionais de saúde envolvidos no processo em busca da promoção e manutenção dos cuidados dessa população.

O estudo buscou esclarecer a importância da independência funcional para os idosos com IRC em tratamento de hemodiálise e as implicações desse conhecimento para o plano terapêutico e qualidade de vida desses idosos. Nesse sentido, o estudo ainda proporcionou um enriquecimento para o conhecimento científico, tendo como expectativas o subsídio para a assistência de enfermagem e demais profissionais de saúde no estabelecimento de uma prática clínica cada vez mais qualificada, integral e humana.

Agradecimentos

À Universidade Federal do Piauí-UFPI/Campus Amílcar Ferreira Sobral (CAFS)
 À Clínica de Nefrologia - CLINEFRO

Referências

1. Oller G. Independência funcional e capacidade para o auto cuidado de pacientes em tratamento Hemodialítico. Ribeirão Preto: [s.n], 2012. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2012.
2. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Insuficiência Renal. São Paulo. 2015. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/publico/insuficiencia-renal>>. Acesso em 20 Abr. 2015a.
3. Higa K, Kost MT, Soares GM. Qualidade de vida de portadores de insuficiência renal crônica em tratamento de hemodiálise. Actual. Paul. Enferm. 2008; 21: 204-6.
4. Fassbinder TRC, Wilkemann ER, Schneider J, Wendland J, Oliveira OB. Capacidade funcional e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica pré-dialítica e em hemodiálise-Um estudo transversal. J. Bras. Nefrol. 2015; 37(1): 47-56.
5. Bastos MG, Abreu PF. Doença Renal em Pacientes Idosos. J.Bras.Nefrol. 2009; 31: 59-65.
6. Kusumota L, Marques S, Haas VJ; Rodrigues RAP. Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. Acta paul. enferm. 2008; 21: 152-159.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa. Caderno n.19. Brasília: 2006.
8. Fialho CB, Lima-Costa MF, Giacomin KC, Loyola Filho, Al. Capacidade funcional e uso de serviços de saúde por idosos da Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública. 2014; 30 (3): 599-610.
9. Riberto M, Miyazaki MH, Filho DJ, Sakamoto H; Battistella LR. Reprodutividade da versão brasileira da medida da independência funcional. Acta Fisiátrica. 2011; 8 (1): 45-52.
10. Itami LT. Causas Externas e seu Impacto sobre a Independência Funcional em Adultos com Fraturas. São Paulo: [s.n.], 2008. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, 2008.
11. Silveira L, Macagnan JBA, Fuck JAB, Lagana MTC. Medida de independência funcional: um desafio para a enfermagem. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina. 2011; 4 (1): 70-81.
12. Mortari DM, Scapini KB, Menta M, Rockemback CWF, Duarte A, Leguisano CP. Independência funcional de indivíduos com doença renal crônica terminal submetidos à hemodiálise. Revista Inspirar. 2009; 1 (3): 39-48.
13. Riella MC. Princípios da nefrologia e distúrbios hidreletrolíticos. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
14. Oller GASAO, Ribeiro RCHM, Travagim DAS, Batista MA, Marques S, Kusumota L. Independência funcional em pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2012; 20 (6): 1033-1040.
15. Talmelli LFS. Nível de independência funcional de idosos com doença de Alzheimer. Ribeirão Preto: [s.n.], 2009. Dissertação (Mestrado). Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2009.
16. Braga SFM, Peixoto SV, Gomes IC, Acúrcio FA, Andrade ELG, Cherchiglia ML. Fatores associados com a qualidade de vida relacionada à saúde de idosos em hemodiálise. Rev. Saúde Pública. 2011; 45 (6): 1127-1136.
17. Dutra MC, Ulian EJM, Machado DFGP, Martins M, Trevisol FS, Trevisol DJ. Avaliação da função renal em idosos: um estudo de base populacional. J. Bras. Nefrol. 2014; 36 (3): 297-303.
18. Oliveira Junior HM, Formiga FFC, Alexandre, CS. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes em programa crônico de hemodiálise em João Pessoa - PB. J. Bras. Nefrol. 2014; 36 (3): 367-374.

Fábio Pereira de Carvalho

Endereço para correspondência – Quadra: A, nº 27,
Bairro: Res. Eplanada, CEP: 64040762, Teresina, PI, Brasil.
E-mail: fab2carvalho@hotmail.com
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6504241286307701>

Igho Leonardo do Nascimento Carvalho – igho_leonardo@yahoo.com.br
Antônia Sylca de Jesus Sousa – sylcasousa88@hotmail.com
Camila Duarte Simões – camilasimoesduarte@hotmail.com
Erisonval Saraiva da Silva – erisonval@gmail.com
Joelita de Alencar Fonseca Santos – joelitaalencar@hotmail.com

Enviado em 21 de março de 2016.
Aceito em 18 de maio de 2016.

Santa Maria, v. 42, n.2, p. 185-194, jul./dez. 2016

PERCEPÇÃO, CONHECIMENTO E ATUAÇÃO DOS MÉDICOS NO PROGRAMA REDE MÃE PARANAENSE

PERCEPTION AND ACTION OF DOCTORS IN THE PROGRAMA REDE MÃE PARANAENSE

Thaís Vanessa Bugs¹, Sebastião Caldeira², Gicelle Galvan Machineski³, Marlei Fátima Cesarotto Fiewski⁴, Bruna Maria Bugs⁵, Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla⁶, Rosane Meire Munhak da Silva⁷

RESUMO

Este estudo teve como objetivo compreender como os médicos dos serviços de saúde percebem e atuam no Programa Rede Mãe Paranaense. Para tanto, adotou-se uma pesquisa qualitativa na perspectiva da Fenomenologia Social de Alfred Schütz. Foram realizadas sete entrevistas, no período de junho a agosto de 2014, a partir da análise identificaram-se três categorias: Conhecimento sobre o Programa Rede Mãe Paranaense; Assistência no Programa e Expectativas sobre o programa. A partir dos resultados obtidos verificamos que os médicos possuem conhecimento sobre o programa, mas referem não ter a devida capacitação para atuar no mesmo. Acerca da assistência humanizada, é necessário avaliar as ações conforme sua bagagem de conhecimento profissional. Quanto aos sistemas de informações referem não atuar ou conhecer a importância dos mesmos para o planejamento da assistência, mas gostariam de aprofundar sobre o assunto. Essa pesquisa poderá contribuir para melhorar a capacitação e atuação de profissionais da saúde materno-infantil.

Descriptores: Programas Governamentais; Políticas Públicas; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to understand how the health service's doctors realize the "Programa Rede Mãe Paranaense" and how they act in the Program. A qualitative methodology was used from the perspective of Alfred Schutz's social phenomenology. Seven interviews were performed between June and August 2014, by analysing 3 categories were identified: Knowledge about the "Programa Rede Mãe Paranaense", Assistance in the Program and Expectations about the Program. The results show that doctors have knowledge about the program, but the participants said they didn't have a special training to operate it. When referring to humanized care, it's necessary to evaluate the actions considering the professional knowledge that each interviewed has. The information systems are not used and are not considered important during the assistance planning by the professionals, but they would like to know more about it. This study could help in improving the training and performance of professionals in maternal and child health.

Descriptors: Government Programs; Public Policies; Health Promotion.

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brasil.

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

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

⁴ Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

⁵ Mestre em Biociências e Saúde pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brasil.

⁶ Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil.

⁷ Mestre em Biociências e Saúde pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, PR, Brasil.

Introdução

Em se tratando da saúde da mulher e da criança no âmbito nacional, podemos destacar dentre as políticas e programas do Ministério da Saúde, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com uma abordagem em todas as fases da vida (adolescência até terceira idade), voltado para planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de mama e de colo de útero, ações no pré-natal, parto e puerpério¹.

Uma outra iniciativa foi o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento que visava reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal², o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança e a Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil³, bem como, os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio⁴ como precursores dos mesmos, culminando com o atual Programa Rede Cegonha, cujo objetivo corresponde em garantir à mulher o direito à atenção humanizada à gravidez, ao parto (nascimento seguro), puerpério e a criança (desenvolvimento e crescimento saudável) e ao planejamento familiar⁵, fundamentado nos princípios da humanização e assistência do Sistema Único de Saúde (SUS).

Mesmo diante das políticas e programas voltados à humanização à mulher no ciclo gravídico puerperal, as ações humanizadas na assistência e no cuidado somente serão efetivas, se os diversos atores envolvidos, quer seja, na Atenção Primária à Saúde, ou na Atenção Secundária e Terciária, se dispuserem a repensar sua prática cotidiana no que concerne a reorganização dos serviços, bem como, ao uso rotineiro das tecnologias duras, compostas por equipamentos tecnológicos do tipo máquina, normas e estruturas organizacionais, recursos materiais e medicamentos, em detrimento das tecnologias leve-dura como as teorias e a ciência e saberes bem estruturados, como a clínica médica e a epidemiologia, bem como, as tecnologias leves são relacionadas as relações interpessoais como a produção de vínculos, autonomização e acolhimento que abrange a subjetividade e a intersubjetividade entre profissionais e mulher que requer o cuidado de saúde^{6,7}.

Dessa forma, levando em consideração as políticas e programas que visam o melhoramento da atenção à saúde, é que surgem as propostas governamentais no âmbito estadual que buscam resolver os problemas na Atenção Primária em Saúde (APS) como o Programa Rede Mãe Paranaense (PRMP)⁸.

Nesse contexto, as Redes de Atenção à Saúde são instituídas sem hierarquia entre os componentes; todos os membros de atenção à saúde são importantes de forma igual; se relacionam horizontalmente; a assistência é continua (nível primário, secundário e terciário); constitui uma atenção integral com intervenções preventivas, curativas, promocionais, paliativas, reabilitadoras e cuidadoras, proporcionam uma atenção adequada, oferecendo serviços seguros, eficientes e efetivos⁹.

Por sua vez a APS no Brasil constitui o fio condutor do cuidado em saúde no SUS, sendo a principal política de governo para a saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Oferece atenção para todas as condições, com exceção daquelas consideradas raras, e coordena ou integra a atenção fornecida ao usuário¹⁰.

No âmbito da APS no Estado do Paraná é importante destacar a implantação no Plano de Governo do Estado para a Saúde 2011 a 2014, do PRMP que visa reduzir os indicadores de mortalidade materna e infantil, com ações de atenção ao pré-natal e à criança, e a vinculação da gestante ao hospital para uma adequada atenção ao parto, conforme o seu protocolo ou linha-guia⁸.

Esse programa foi planejado a partir de dados sobre a Razão de Mortalidade Materna (RMM), a qual considera a qualidade de atenção à saúde da mulher, sendo que, os dados elevados correspondem à prestação de serviço de saúde de forma insatisfatória, desde a assistência pré-natal até o parto e puerpério, bem como do planejamento familiar. De acordo com a Organização Pan-Americana em Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), a RMM seria baixa quando menor que 20 mortos para cada 100.000 Nascidos Vivos (NV). E entre os anos de 2004 a 2008, esse dado no Paraná correspondeu a 62,8/100.000 NV. Aproximadamente 71% dessas mortes estão relacionadas à atenção pré-natal, assistência hospitalar e puerpério, 23% a causas sociais e 85% são casos evitáveis⁸.

Nesse sentido, o governo do Paraná está buscando ações para reduzir a morbimortalidade materna e infantil por meio da implantação do PRMP, a qual visa realizar a estratificação de risco da gestante (risco habitual; risco intermediário e alto risco), assim como, para as crianças. E essas ações também compreendem a realização de busca ativa e precoce de crianças (menores de um ano) e gestantes, resultando em um elevado número de pré-natais e na qualidade da assistência, visto que se enfatiza a referência e contra referência entre os diferentes níveis de atenção⁸. Questiona-se então, como os médicos percebem, conhecem e atuam no PRMP. Nesse contexto, destaca-se a relevância em ampliar pesquisas para analisar e avaliar a efetividade da APS. Dessa forma, este estudo teve como objetivo compreender a percepção, atuação e conhecimento dos médicos dos serviços de saúde que atuam no PRMP.

Metodologia

Trata-se de um recorte de uma pesquisa multicêntrica intitulada “Análise de implantação e desenvolvimento do PRMP”, com financiamento do CNPq, conforme o Edital Universal 14/2013, Processo 474768/2013-9. Tal estudo envolve o Grupo de Pesquisa em Enfermagem Materna e infantil (GPEMI) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Unioeste, Cascavel, PR, Brasil; a Unioeste de Foz do Iguaçu e a Universidade Estadual de Londrina (UEL). Neste contexto, o estudo partiu da seguinte inquietação: Como os médicos percebem, conhecem e atuam no PRMP?

A presente pesquisa se caracteriza como qualitativa, com suporte na perspectiva da Fenomenologia Social de Alfred Schütz¹¹⁻¹³, a qual apresenta-se como ciência descritiva, rigorosa, concreta, que mostra, explicita e se preocupa com fenômenos sociais tais como são vividos pelas pessoas. É um referencial que visa compreender a vivência intersubjetiva, ou seja, o mundo com os outros, a relação social, sempre com o olhar voltado para o atendimento das ações dos seres humanos e suas relações sociais dotadas de significado¹⁴. As investigações qualitativas se preocupam com a realidade, com o universo de significados, bem como com outros motivos, valores e crenças que não podem ser quantificados¹⁵.

Este estudo foi desenvolvido em cinco municípios, da região oeste do Estado do Paraná, pertencentes à área de abrangência da Décima Regional de Saúde de Cascavel (10ª RS), sorteados previamente dentre 25 municípios, seguindo-se os pressupostos da pesquisa fenomenológica que *a priori* não define a quantidade de sujeitos, primando-se pela convergência das informações. Os municípios estudados foram: Cascavel (sede da 10ª Regional de Saúde), Corbélia; Guaraniaçu; Três Barras do Paraná e Vera Cruz do Oeste.

Os critérios adotados para a inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: médicos que atuam no PRMP há pelo menos seis meses. Dessa forma, fizeram parte da pesquisa, sete médicos.

A caracterização da amostra corresponde a: médicos com idades entre 26 e 50 anos. A maioria deles se enquadra como clínico geral (4), dois são ginecologistas e obstetra e um possui especialização de cirurgia geral. O tempo médio de formação foi de: oito anos e três meses, sendo que seis relataram que o ensino ocorreu em instituições públicas, sendo um sujeito formado em Cuba, e um no ensino privado. Quanto ao tempo de atuação na Atenção Primária em Saúde variou de: sete meses a 22 anos. Sendo que, quatro médicos trabalham em USF, dois em UBS e um em uma UBS/Centro na saúde, porém presta assistência somente nos casos de urgência e emergência.

As entrevistas foram gravadas no período de junho a agosto de 2014, transcritas na íntegra e encerradas assim que se mostraram convergentes possibilitando a compreensão do cuidado à saúde sob a perspectiva dos médicos.

A organização e a análise dos dados foram realizadas de acordo com os seguintes passos: a) leitura cuidadosa de cada depoimento; b) agrupamento de aspectos significativos presentes nos depoimentos para compor as categorias; c) análise das categorias, buscando compreender os “motivos porque” e os “motivos para” da ação dos participantes e d) discussão dos resultados com outras evidências científicas pertinentes ao tema em estudo à luz da Fenomenologia Social de Alfred Schütz¹⁶.

O projeto obteve autorização da direção da 10ª RS e parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste de Paraná, sob Protocolo nº: 544.107 de 27/02/2014 do CEP/Unioeste. Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O anonimato dos sujeitos foi preservado, sendo os mesmos denominados como Médico 1 a 7.

Resultados

As características típicas dos médicos que atuam no PRMP permitiram a análise dos significados em categorias que congregam a compreensão da experiência vivida no tempo passado e presente – “motivos por que” e a intencionalidade da ação – “motivos para”¹¹⁻¹³.

Os “motivos por que” são razões enraizadas em experiências passadas que dizem respeito aos atos consumados. Constituem-se na bagagem de conhecimentos que herdamos dos nossos predecessores. Só é possível reconstruir esses motivos em retrospectiva, a partir da reflexão do ato concretizado. Já a orientação para o comportamento futuro constitui-se no “motivo para”, que é uma categoria essencialmente subjetiva, pois ainda não aconteceu¹².

A partir da análise das falas dos sujeitos foram identificadas três categorias que contemplam os “motivos porque” e os “motivos para”: Conhecimento sobre o Programa Rede Mãe Paranaense; Assistência no Programa Rede Mãe Paranaense e Perspectivas sobre o Programa Rede Mãe Paranaense.

Conhecimento sobre o Programa Rede Mãe Paranaense

O médico por meio de seus depoimentos revela sua bagagem de conhecimentos adquiridos, especificamente os relacionados à implantação, às capacitações oferecidas, aos compromissos, objetivos e indicadores propostos pelo Programa Rede Mãe Paranaense:

[...] é um programa que foi criado para acompanhar as gestantes no pré-natal, fazer um pré-natal correto com exames mais completos, com mais exames do que o Ministério preconiza, para detectar mais doenças. (Médico 6)

[...] o programa surgiu do sucesso que foi o Rede Mãe Curitibana, porque reduziu muito a mortalidade materna e infantil [...]ele visa reduzir mortalidade materna e infantil, fazer o acompanhamento da gestante e da criança até os 2 anos de idade e a estratificação de risco, que antes só tinha alto e baixo risco e agora tem intermediário. (Médico 7)

Quando questionado sobre as capacitações, o médico respondeu:

Até hoje ninguém falou pra mim, como funciona o programa. [...] Mas acredito que os enfermeiros foram. (Médico 2)

Não, não fui. [...] eu não recebi nenhuma informação da secretaria nem da regional, a única coisa que recebi foi à cartilha e o que eu sei foi pelo o que eu li. (Médico 7)

Assistência no Programa Rede Mãe Paranaense

Nesta categoria, o médico fala sobre a realização do pré-natal conforme preconizado pelo Programa Rede Mãe Paranaense, sobre o acesso da gestante ao serviço de saúde e a captação precoce dessa gestante, a estratificação de risco e os indicadores de saúde:

Acredito que sim, eu faço como aprendi na faculdade, conforme preconiza o Ministério da Saúde [...].(Médico 2)

[...] a medicina atende a mulher grávida em geral [...] da mesma forma. [...]. Vou ressaltar que vocês têm muitas doenças na gravidez que no meu país já está erradicada [...]. (Médico 5)

Quanto à captação precoce da gestante, houve as seguintes respostas:

Acontece por meio da vinda delas solicitando o exame de beta HCG, por sorte ela sempre vem no início da gestação, isso é bom porque conseguimos iniciar o pré-natal cedo. (Médico 2)

Na maioria das vezes elas acabam vindo com a suspeita de gravidez, e como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) fazem os acompanhamentos elas sempre acabam encaminhando [...].(Médico 7)

A estratificação de riscos habitual, intermediário e alto risco sempre foi prioridade no cuidado pré-natal:

[...] eu faço, [...] existe o ambulatório de alto risco e essas pacientes daqui da unidade básica são encaminhadas para lá.(Médico 1)

Nas primeiras consultas a gente já pega a carteirinha da Mãe Paranaense, faz as principais perguntas que tem ali [...] e já estratifico como baixo risco, médio ou alto risco. (Médico 6)

Em relação ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança destacam-se as seguintes falas:

Faço juntamente com os enfermeiros, quando eles realizam a puericultura e notam algo de alterado já fazem o encaminhamento para mim e através de consultas de rotina. (Médico 2)

Geralmente elas vêm por consulta de rotina, a mãe trás, mas a gente tem acesso ao pediatra [...] a criança é bem atendida. (Médico 6)

Quando perguntado ao médico sobre o conhecimento e atuação com os sistemas, o mesmo respondeu:

Para ser bem sincera, eu nem sei o que é isso [...] por que não faço, quem eu vejo fazendo são os enfermeiros. (Médico 2)

Eu sei que [...] tem uma enfermeira responsável na Vigilância Epidemiológica [...] que acompanha tudo isso de perto, [...] se eu vejo alguma coisa notifico e elas têm acesso a essa notificação. (Médico 6)

Perspectivas sobre o Programa Rede Mãe Paranaense

Em relação aos serviços de saúde, o médico espera:

[...] espero que a gestante seja melhor atendida que seja facilitado o atendimento para ela e para o profissional de saúde também. Isso na verdade é um benefício para todo mundo. (Médico 1)

Que ofereçam suporte e recurso para que possamos realizar o atendimento de forma mais certa possível. (Médico 7)

As expectativas do médico em relação aos profissionais de saúde:

Espero que [...] sigam o protocolo, porque eu acho que ele é bem elaborado, para ter um objetivo final melhor para todos. (Médico 1)

Uma capacitação seria interessante para a gente conhecer melhor, [...] todos os objetivos, quais são nossas obrigações, o que fazer realmente, o que se espera da gente. (Médico 4)

O que espera dos Sistemas de Informação:

[...] eu não espero muito, porque eu não mexo muito com os sistemas de informação. (Médico 3)

Eu acho que tinha que ser bem mais divulgado para que todos os profissionais tivessem um pouco mais de conhecimento. (Médico 4)

Discussão

Após a análise das categorias, compreendemos que a maioria dos médicos possui conhecimento sobre a importância do pré-natal e a forma de conduzir as ações voltadas à gestante. Contudo, algumas especificidades do PRMP vigente no Estado do Paraná ainda não são bem claras para esses profissionais.

É importante ressaltar que o PRMP historicamente teve suas origens no programa Rede Mãe Curitibana e Rede Cegonha, norteado por um protocolo que descreve como objetivo e compromisso a realização da captação precoce da gestante e da criança menor de um ano, assim como a busca ativa dessa parcela da população, execução de referência e contrarreferência nos casos de risco intermediário e alto risco, vinculação da gestante ao hospital de referência e

oferecer um pré-natal de qualidade, bem como acompanhamento e desenvolvimento da criança. Para que os índices de mortalidade materna e infantil diminuam⁸.

Estudo realizado no Espírito Santo que avaliou a assistência do pré-natal conforme preconiza o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e a Rede Cegonha identificou que quando as variáveis, como número de consultas, exame se atividade educativa, são analisadas separadamente elas possuem um índice satisfatório, porém, quando unidos, esses parâmetros apresentam um baixo índice. Sendo assim, as baixas taxas de adaptação do processo pré-natal pode ter como resultado nascimento de crianças prematuras e de baixo peso, além de contribuir para mortalidade materna e perinatal¹⁷.

Nesse contexto, a formação e a bagagem de conhecimento desses profissionais podem interferir na forma de pensar e de prestar a assistência para as gestantes e crianças. Nesse mesmo pensar, cabe ressaltar a importância da formação e da atuação dos profissionais na área da saúde, e em particular do estudante de Medicina, a partir da perspectiva da integralidade do cuidado¹⁸.

Um aspecto que chamou atenção nas falas dos médicos foi quanto à capacitação para atuar no PRMP, sendo que alguns afirmaram que mesmo não recebendo atividades de educação permanente disponibilizada pelas Regionais de Saúde, buscaram compreender o programa por conta própria.

No que se refere à relação de cuidado de saúde, os médicos relatam ser necessário reconhecer as carências da gestante e da criança para que se possam identificar quais ações são requeridas por essa população. Para tanto, é fundamental que o médico se utilize da sua bagagem de conhecimentos e vivência profissional no reconhecimento daquelas necessidades, possibilitando ações resolutivas de saúde. É o que Schütz denomina de situação biográfica, que possibilita aos sujeitos compreender o mundo a partir do estoque de conhecimento e experiências, tornando-os competentes para compreender suas ações e sua relação com o mundo¹².

No entanto, apesar da ausência de capacitação, a assistência ao pré-natal acontece de forma adequada, porém algumas particularidades do PRMP não são abordadas. De acordo com o PRMP a estratificação de risco é dividida em habitual, intermediário e alto, sendo que o atendimento em ambulatório de risco é realizado para ambos gestante e criança. Além disso, a vinculação da gestante e criança é feita no hospital que atenderá suas necessidades, possibilitando um cuidado de qualidade e seguro durante todo o pré-natal, parto, puerpério e às crianças menores de um ano⁸.

Sendo assim, o profissional de saúde necessita apreciar as ações de comunicar-se, ouvir, envolver-se, utilizar de artifício de intersubjetividade para manter uma relação com a gestante, e não apenas tipificá-las conforme o risco gestacional. Essas tipificações ajudam na relação social entre médico e gestante, desde que seja tratada conforme sua necessidade de saúde¹¹⁻¹³.

Quando questionados sobre a captação da gestante e a importância de que ela ocorra de forma precoce, os médicos destacaram a ida da mulher ao serviço de saúde suspeitando da gravidez e não a busca ativa dessa gestante. Contudo, os serviços de saúde deviam ficar atentos às mulheres em idade fértil, em relação aos sinais e sintomas que algumas vezes não são compreendidos pelas próprias mulheres¹⁹.

O ideal é que a captação precoce da gestante aconteça antes da 12^a semana de gestação, podendo ser realizada por qualquer profissional da atenção básica, no entanto, os ACS são de extrema importância nessa tarefa, visto que possuem maior contato com os usuários do serviço de saúde⁸.

No que se refere à classificação de risco, pode-se notar que a mesma ocorre. Contudo, alguns sujeitos utilizam a estratificação de risco em baixo e alto, preconizada pelo Ministério da Saúde. Outros utilizam a classificação recomendada pela Secretaria de Saúde do Estado do Paraná(SESA/PR), dividida em: risco habitual, intermediário e alto risco⁸.

A estratificação de risco em três níveis, na qual foi incluído o risco intermediário, foi estabelecida devido ao fato de que a parcela das mulheres que se enquadram nesta categoria, apresenta uma alta taxa de mortalidade materno-infantil. Além disso, as mulheres indígenas e negras apresentam um risco de mortalidade 2,03 vezes maior do que as brancas⁸. O que pode ser explicado por características culturais e étnicas, não necessariamente associado a condições de saúde²⁰.

Um índice semelhante (1,97) é encontrado nos extremos de idade (menos de 20 e mais de 40 anos). Os valores de risco são similares em mães com pelo menos três filhos vivos em gestação anterior e mães que tiveram pelo menos um filho morto em gestação anterior, caracterizando 2,3 vezes maior e 2,2 vezes maior respectivamente⁸.

Portanto, esses índices apontados pelos documentos da SESA/PR para definir o risco intermediário revela que, se os profissionais de saúde se atentarem para essas características, inúmeras mortes maternas e infantis poderiam ser evitadas²¹.

A Rede Cegonha⁵ recomenda que aconteça a “Primeira Semana de Saúde Integral” (PSSI). São ações realizadas nos primeiros dias, que visam reduzir a mortalidade materna e infantil, como: vacinação (BCG e hepatite B), triagem neonatal e auditiva, avaliação do aleitamento materno e orientações.

Nesse sentido, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança necessita ser realizado regularmente, visando identificar alterações o mais rápido possível, possibilitando a assistência precoce²².

É importante salientar que uma elevada proporção de mortes infantis ainda é evitável, por meio de pré-natal adequado, parto e cuidados neonatais. Cabe aos profissionais de saúde e aos órgãos governamentais identificar os fatores que causam as mortalidades infantis e proporcionar ações para evitá-las²³.

Referente às perspectivas dos médicos quanto aos serviços de saúde, importante ressaltar que a humanização do atendimento entre os profissionais com seus usuários de forma qualificada, pode garantir a solução de muitos problemas de saúde. Isso porque, o cuidado, na maioria das vezes, centra-se na assistência técnica, carecendo de investimentos na comunicação, na infraestrutura e no compromisso profissional²⁴.

Sendo assim, a humanização deve acontecer em todos os níveis da assistência, tanto na administração quanto no cuidado, entre profissionais de saúde e usuário, visto que a humanização tem o objetivo de valorizar a intersubjetividade nas relações, pois esta “não se restringe a um conceito abstrato, mas à construção de relações pautadas pela ética de solidariedade, de cuidado com o outro, ela tem que ser efetivada na concretude dos muitos encontros que compõem o sistema”^{25:135}.

A assistência prestada pelos profissionais de saúde deve contemplar a comunicação e o relacionamento interpessoal, atendendo assim as necessidades das gestantes por meio do diálogo entre os sujeitos, numa relação face a face¹¹⁻¹³, permitindo a troca de informações entre profissional e usuário²⁶.

No que se refere aos Sistemas de Informação, os sujeitos desta pesquisa não atuam e não conhecem a importância dos mesmos como aqueles que geram informações para o planejamento da assistência em saúde, e destacam que gostariam de saber mais sobre o tema. Dessa forma, verifica-se a necessidade de formação e capacitação dos médicos para atuarem no contexto dos Sistemas de Informação²⁷.

Ainda a esse respeito, faz-se necessário pensar na importância da necessidade de capacitação dos profissionais da saúde que assistem diretamente aos usuários do SUS, e que produzem os dados alimentadores dos sistemas, a partir de suas atividades cotidianas do trabalho. As informações geradas a partir de dados de saúde devem estar disponíveis ao público para acesso e uso, e como ferramentas que possam contribuir para melhoria da gestão assistencial prestada pelo SUS²⁸.

A utilização adequada dos dados disponíveis nos Sistemas de Informação, possibilitam que os programas implantados pelo Ministério da Saúde, quer sejam desenvolvidos de acordo com as especificidades de cada local, garantindo maior resolutividade nos lugares onde necessitam²⁹.

Considerações Finais

A realização desta pesquisa possibilitou a compreensão de como os médicos pertencentes à área de abrangência da 10ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, percebem e atuam no PRMP a partir da análise de suas motivações.

Sendo assim, o grupo social representado pelos médicos, participantes deste estudo, possui conhecimento sobre os principais objetivos, indicadores e compromissos estabelecidos pelo PRMP e realizam o pré-natal conforme preconizado, identifica as alterações que as gestantes e as crianças, apresenta e realiza os encaminhamentos para os ambulatórios especializados.

Além disso, esse grupo social espera que o cuidado aconteça de forma qualificada. Contudo, se faz necessário maior investimento na capacitação dos profissionais no tocante ao cuidado realizado, bem como sobre a importância dos sistemas de informação, como fonte necessária ao trabalho em equipe, uma vez que os dados devem gerar informações que possibilitem o planejamento das ações de saúde.

A partir das categorias identificadas, o estudo possibilitou a compreensão de que os médicos conhecem e atuam de acordo com as diretrizes do PRMP. No entanto, revelou aspectos que necessitam ser aprimorados como o acesso as capacitações e investimentos no programa. É importante ressaltar que o PRMP encontra-se em fase de implementação, o que a posterior e requer outros estudos que permitam a avaliação do mesmo.

Por fim, o desenvolvimento desta presente pesquisa não esgota as possibilidades de reflexão sobre a temática, mas se coloca como introdução a novas perspectivas de análise que possam contribuir para a compreensão das percepções de profissionais que atuam no PRMP e outros programas semelhantes, a fim de colaborar para a capacitação e consequente melhoria da atenção à saúde da mulher e da criança.

Referências

1. Rattner D. Da saúde materno infantil ao PAISM. *Tempus, actas de saúde colet* [Internet]. 2014 [citado 29 jun 2015]. 8 (2): 103-108. Disponível: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1460/1314>
2. Ministério da Saúde (BR). Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília; 2000. [citado 24 fev 2014]. Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR). Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília; 2004. [citado 20 mar 2014]. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianc.pdf
4. Organização das Nações Unidas. Objetivos de desenvolvimento do milênio.2000. [citado em 20 fev 2014]. Disponível: <http://www.objetivosdomilenio.org.br>
5. Ministério da Saúde (BR). Programa Rede Cegonha. Brasília;2011. [citado 01 mar 2014]. Disponível: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082
6. Santos LM, Pereira SSC, Santos VEP, Santana RCB, Melo MCP. Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: um estudo com desenhos. *R. Enferm. UFSM* [Internet]. 2011 [citado 24 jul 2016]; 1(2):225-237. Disponível:<http://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2588/1635>
7. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental: Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [citado 16 jan 2016]; 16(7):3051-3060. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>
8. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (BR). Programa Rede Mãe Paranaense. Linha guia. SESA-PR: Curitiba; 2012.
9. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília; 2011.
10. Boing AF, VicenziRB,Magajewski F, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG et al.Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009.Rev. Saúde Pública [Internet]. 2012 [citado 20 mar 2014];46(2):359-66.Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3709.pdf>
11. Schütz A, Luckmann T. *Lasestructurasdel mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
12. Schütz A. *El problema de larealidad social*. Escritos I. 2^a ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2003a.
13. Schütz A. *Studios sobre teoría social*. Escrito II. 2^a ed. Buenos Aires: Amorrortu; 2003b.
14. Capalbo C. Fenomenologia e ciências humanas. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2008.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 9^a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
16. Caldeira S, Merighi MAB, Muñoz LA, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM. O enfermeiro e o cuidado à mulher idosa: abordagem da fenomenologia social. *Rev. Latino- Am. Enfermagem* [Internet]. 2012 [citado 28 jan 2013]; 20(5): 1-8.Disponível: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n5/pt_10.pdf
17. Martinelli KG, Santos Neto ET, Gama SGN, Oliveira AE. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. *Rev. Bras. Ginecol* [Internet].2014 [citado 01 out 2014]; 36(2): 56-64 [acesso em 01 out 2014]. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>
18. Costa JRB et al. Formação médica na Estratégia de Saúde da Família: percepções discentes. *Rev. bras. educ. med.* [Internet]. 2012 [citado 29 jun 2015]; 36 (3): 387-400. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n3/14.pdf>
19. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS. População Feminina e Idade fértil da Décima Regional de Saúde do Paraná (10^a RS). Brasília; 2012. [Internet] [citado 30 fev 2014]. Disponível: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppr.def>.
20. Batista LE, Escuder MML, Pereira JCR. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2004 [citado 21 jun 2014], vol.38, n.5, pp.630-636. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n5/21749.pdf>
21. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
22. Falbo BCP, Andrade RD, Furtado MCC, Mello DF. Estímulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. *RevBrasEnferm* [Internet]. 2012[citado 21 set 2014]; 65(1):148-54.Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/22.pdf>

23. Santos HG, Andrade SM, Silva AMR, Carvalho WO, Mesas AE. Risk factors for infant mortality in a municipality in southern Brazil: a comparison of two cohorts using hierarchical analysis. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2012 [citado 07 out 2014]; 28(10): 1915-1926. Disponível: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v28n10/10.pdf>
24. Silva MAG da, Fortunato MM, Costa AWS da, Nascimento EGC do. Humanização na clínica médica: relação usuário - profissional de saúde. Revista Rede de Cuidados em Saúde [Internet]. 2015 [citado 28 jun 2014]; 9(1): 1-15. Disponível: <http://publicacoes.unigranrio.com.br/index.php/rccs/article/view/2317>
25. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília; 2010. [citado 29jun 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf
26. Santos MMAS, Saunders C, Baião MR. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 [citado 07 out 2014]; 17(3): 775-786. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a25.pdf>
27. Lima AP, Corrêa ACP. A produção de dados para o Sistema de Informação do Pré-Natal em unidades básicas de saúde. Rev EscEnferm. USP [Internet]. 2013 [citado 27 set 2014]; 47(4):876-83. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0876.pdf>
28. Santos SR, Ferreira JA, Cruz EMMS, Leite EMAM, Pessoa JCS. Sistema de informação em saúde: gestão e assistência no sistema único de saúde. CogitareEnferm [Internet]. 2014 [citado 28 fev 2015]. Disponível: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/35347/23965>
29. Andreucci CB, Cecatti JG, Macchetti CE, Sousa MH. Sisprenatal como instrumento de avaliação da qualidade da assistência à gestante. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2011 [citado 06 out 2014]; 45(5):854-63. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n5/2438.pdf>

Thaís Vanessa Bugs

Endereço para correspondência – Rua: Pinheiro Machado, nº 1197,
Bairro: Jr. Gisele, CEP: 85905-300, Toledo, PR, Brasil.
E-mail: theesbugs@hotmail.com
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4063949808931550>

Sebastião Caldeira – calenf3@gmail.com
Gicelle Galvan Machineski – gmachineski@gmail.com
Marlei Fátima Cezarotto Fiewski – marleicf@onda.com.br
Bruna Maria Bugs – brunabugs@yahoo.com.br
Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla – maurentacla@gmail.com
Rosane Meire Munhak da Silva – zanem2010@hotmail.com

Enviado em 22 de setembro de 2015.
Aceito em 06 de agosto de 2016.

SOLUBILIZAÇÃO DA CUMARINA EM MEIO AQUOSO E DETERMINAÇÃO DA SUA ATIVIDADE ANTIBACTERIANA

COUMARIN SOLUBILIZATION IN AQUEOUS MEDIUM AND DETERMINATION OF THE ITS ACTIVITY ANTIBACTERIAL

Milene Ribeiro da Silva¹, Greicy Mara Mengue Feniman-De-Stefano², Otávio Akira Sakai³, Flavio Augusto Vicente Seixas⁴, Cristiane Mengue Feniman Moritz⁵

RESUMO

A pesquisa teve como objetivo estabelecer o menor grau etanólico para a solubilização da cumarina em meio aquoso e avaliar a sua atividade antibacteriana. Avaliou-se a solubilidade em água destilada e soluções etanólicas 10%, 30%, 50% e 70%, sendo estabelecida a solução etanólica a 30%, como solvente. As concentrações 1.024, 512, 256, 128, 64, 32, 16, 8, 4 e 2µg/mL (p/v) de cumarina foram testadas pelo método da microdiluição contra as bactérias *Staphylococcus aureus* (ATCC 14458), *Staphylococcus epidermidis* (ATCC 12228), *Bacillus cereus* (ATCC 11778), *Listeria monocytogenes* (ATCC 7644), *Escherichia coli* (ATCC 11229), *Salmonella enterica* subsp. *enterica* sorovar. Typhimurium (ATCC 13311), *Salmonella enterica* subsp. *enterica* sorovar. Typhi (ATCC 19214) e *Shigella flexneri* (ATCC 12022). A solução etanólica a 30% de cumarina teve efeito inibitório significativo para bactérias Gram positivas, apresentando CIM <2µg/mL para *S. epidermidis*, *B. cereus* e *L. monocytogenes*.

Descriptores: Cumarínicos; Solubilidade; Antibacterianos

ABSTRACT

The research aimed to establish the lowest degree ethanolic to solubilize the coumarin in aqueous and to evaluate its antibacterial activity. It was evaluated the solubility in distilled water and solutions ethanolic 10%, 30%, 50% and 70%, it is set at 30% ethanolic solution as a solvent.. The concentrations of 1.024, 512, 256, 128, 64, 32, 16, 8, 4, and 2µg/mL (w/v) of coumarin were tested by the microdilution method against bacteria *Staphylococcus aureus* (ATCC 14458), *Staphylococcus epidermidis* (ATCC 12228), *Bacillus cereus* (ATCC 11778), *Listeria monocytogenes* (ATCC 7644), *Escherichia coli* (ATCC 11229), *Salmonella enterica* subsp. *enterica* sorovar. Typhimurium (ATCC 13311), *Salmonella enterica* subsp. *enterica* sorovar. Typhi (ATCC 19214) e *Shigella flexneri* (ATCC 12022). The ethanolic solution at 30% of coumarin has significant inhibitory effect on Gram positive bacteria, showing MIC <2µg/mL for *S. epidermidis*, *B. cereus* and *L. monocytogenes*.

Descriptors: Coumarin; Solubility; Antibacterials

¹ Graduada em Tecnologia de Alimentos pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Umuarama, PR, Brasil.

² Doutora em Fisiopatologia em Clínica Médica pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Botucatu, SP, Brasil.

³ Doutor em Física pela Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá, PR, Brasil.

⁴ Doutor em Biofísica Molecular pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), São José do Rio Preto, SP, Brasil.

⁵ Doutora em Biologia Geral e Aplicada pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Botucatu, SP, Brasil.

Introdução

As plantas medicinais são objetos de pesquisa científica na tentativa de descoberta de novos princípios ativos. São plantas assim denominadas por apresentarem propriedades curativas e/ou preventivas para determinadas doenças¹.

As ações biológicas dos produtos naturais estão diretamente relacionadas à diversidade química que apresentam² e a biossíntese dos metabólitos secundários, consequentemente, os seus princípios ativos³.

As substâncias produzidas pelos vegetais são classificadas como metabólitos primários e secundários. No primeiro caso, são assim chamadas por serem essenciais à manutenção da vida celular, e no segundo, acreditava-se que eram produtos de degradação do metabolismo, sem finalidade específica, cuja concentração ocorria em função do seu acúmulo citoplasmático. Entretanto, atualmente os metabólitos secundários são considerados como consequência de uma alta capacidade de diferenciação e especialização celular, sendo sintetizados com uma finalidade específica no vegetal, e que são responsáveis pela manutenção de processos vitais para a perpetuação da espécie, tais como atração de polinizadores e animais dispersores de sementes, proteção contra os raios UV, defesa contra herbívoros e micro-organismos, controles hídricos e térmicos do vegetal, controle da ação de hormônios vegetais, efeitos alelopáticos (capacidade de causar um efeito sobre outros organismos ao liberar uma determinada substância no meio ambiente) e ação antioxidante⁴.

Todavia, os antimicrobianos tradicionais não têm sido encontrados por uma pesquisa sistemática, mas por uma combinação de coincidências e observações, ou seja, por tentativa e erro. Desse modo, pode-se inferir que as pesquisas científicas para novos antimicrobianos progrediram em duas linhas principais: etnofarmacologia (ervas medicinais, substâncias de abuso e venenos) e toxicologia (plantas venenosas, animais peçonhentos e venenos de peixes). Historicamente, as plantas são as fontes mais importantes para os produtos naturais⁵.

O gênero *Mikania*, popularmente conhecido como guaco, tem sido associado às ações expectorante e antigripal⁶, alelopatia de sementes de alface⁷, ação anti-inflamatória⁸, além de atividades broncodilatadoras, antialérgicas, antiasmáticas, antiulcerogênicas e relaxantes da musculatura lisa⁹. No entanto, ressalta-se a importância de verificar outras atividades biológicas de *M. glomerata* Sprengel, assim como a cumarina - o principal metabólito encontrado no guaco, presente principalmente nas folhas. A cumarina apresenta ações biológicas tradicionalmente conhecidas para o tratamento de doenças respiratórias, devido às ações broncodilatadora, expectorante, antiinflamatória e antialérgica, tornando o guaco um potente fitoterápico contra asma e bronquite¹.

Há mais de 1300 tipos de cumarinas identificadas, distribuídas em mais de 30 famílias, totalizando sua presença em cerca de 150 espécies na natureza¹⁰.

Estruturalmente as cumarinas são lactonas do ácido o-hidróxi-cinâmico, sendo o representante mais simples a cumarina (1,2-benzopirona). A palavra cumarina é originada do caribenho *cumaru*, nome popular da planta *Amburana cearensis* A. C. Smith, também conhecida por fava-tonka. No Brasil essa planta é encontrada na região norte e suas sementes contêm de 1 a 3% de cumarina¹¹.

A descoberta da substância inicialmente chamada de dicumarina, hoje conhecida como dicumarol, aconteceu por volta de 1920, quando Schofield descreve a “doença do trevo doce”, que afligia o gado de Dakota do Norte (EUA) e do Canadá. O principal sintoma dessa doença era a tendência à hemorragia, que Schofield atribuiu à presença de uma substância tóxica no feno de trevo doce quando inadequadamente seco. A dicumarina foi isolada, identificada e sintetizada por Link *et al.* entre 1933-1939¹².

As cumarinas são derivadas do metabolismo da fenilalanina, sendo um dos seus primeiros precursores o ácido *p*-hidróxi-cinâmico (ácido *p*-cumárílico), que é hidroxilado na posição C-2' (ortho-hidroxilação)¹¹.

O objetivo deste trabalho foi estabelecer o menor grau etanólico para a solubilização da cumarina em meio aquoso e avaliar a sua atividade antibacteriana.

Metodologia

Teste de solubilidade da cumarina

O teste de solubilidade consistiu em preparar soluções de 50 mL com a concentração de 10.240 µg/mL de cumarina adquirida comercialmente (*Laborsyth*) utilizando os seguintes solventes como tratamentos: água destilada e soluções etanólicas 10%, 30%, 50% e 70%.

As soluções dos solventes foram preparadas no volume total de 200mL e dispersas em volumes de 50 mL em três repetições. Para cada repetição foram pesadas as massas de cumarina (sólido) que variaram apenas a última casa decimal (0,5121 a 0,5128 g).

As soluções de cumarina foram então submetidas à agitação em banho de água Dubnoff durante uma hora à 35°C. Após essa agitação, cada solução foi filtrada em papel de filtro previamente seco em estufa de circulação de ar a 105°C/1 h e pesado.

Após a filtração, cada papel de filtro correspondente a cada solução de cumarina foi novamente seco em estufa de circulação de ar a 105°C/3 h e pesado.

A diferença entre o peso do papel de filtro após a filtração e antes da filtração foi considerada como a massa de cumarina não solubilizada durante a agitação de sua solução. Esses valores foram submetidos à análise de variância e as médias de cada solvente foram comparadas pelo teste Tukey a 5% de significância para determinar o solvente que teve menor retenção de cumarina após a sua solubilização e com menor teor de etanol, para diminuir a interferência do solvente na atividade antimicrobiana da cumarina.

Atividade antimicrobiana da cumarina

A atividade antimicrobiana foi realizada utilizando o método de microdiluição em caldo¹³ para determinar a Concentração Inibitória Mínima (CIM) da cumarina.

A solução padrão de cumarina foi preparada na concentração de 10.240 µg/mL utilizando o solvente mais adequado para o estudo determinado no item anterior (teste de solubilidade da cumarina).

A partir da solução padrão foram preparadas as concentrações 1.024, 512, 256, 128, 64, 32, 16, 8, 4 e 2 µg/mL (p/v) em Caldo Müller-Hinton nos volumes finais de 100 µL após a adição do inoculo, além de ensaios controles positivos (bactéria mais meio de cultura e bactéria mais meio de cultura e solvente 1:1), negativo (meio de cultura) e os controles da esterilidade dos princípios ativos.

A atividade antimicrobiana foi verificada para as seguintes culturas: *Staphylococcus aureus* (ATCC 14458), *Staphylococcus epidermidis* (ATCC 12228), *Bacillus cereus* (ATCC 11778), *Listeria monocytogenes* (ATCC 7644), *Escherichia coli* (ATCC 11229), *Salmonella enterica* subsp. *enterica* sorovar. Typhimurium (ATCC 13311), *Salmonella enterica* subsp. *enterica* sorovar. Typhi (ATCC 19214) e *Shigella flexneri* (ATCC 12022).

As culturas estoques foram ativadas em caldo BHI e incubadas a 35°C/24 h, sendo então os inoculos bacterianos padronizados em solução salina 0,85% estéril na escala 0,5 de MacFarland, obtendo suspensão bacteriana ao redor de 1,0x10⁸ UFC/mL. A padronização foi verificada pela leitura da absorbância entre 0,08 e 0,10 em espectrofotômetro com comprimento de onda de 625 nm. Após a padronização foi realizada uma diluição 1:100.

Nas placas de microdiluição (com 96 poços) foram adicionados 50 µL de cada concentração final a serem testadas preparadas em concentração dupla. Adicionou-se 50 µL das suspensões bacterianas padronizadas e diluídas 1:100, obtendo-se então as concentrações finais dos princípios ativos em estudo e a concentração bacteriana de aproximadamente 5x10⁵ UFC/mL em cada poço.

A leitura das placas foi realizada após incubação das mesmas a 35°C/24 h, com adição 15 µL de indicador redox (resazurina 0,1%) em cada poço, sendo que a coloração azul final em cada concentração indicou resultado negativo e a coloração rosa resultado positivo para o crescimento bacteriano.

Os testes foram feitos em triplicata para cada bactéria e a CIM de cumarina foi considerada a menor concentração em que não houve crescimento bacteriano em no mínimo duas replicatas após o período de incubação.

Resultados e Discussão

O teste de solubilidade da cumarina baseou-se na massa retida na filtração do princípio ativo após a sua solubilização em diferentes soluções sob agitação e à 37 °C (Tabela 1). Foram testadas soluções etanólicas em diferentes porcentagens e água destilada como solventes para a cumarina.

Tabela 1 – Massa em gramas de cumarina retida na filtração após solubilização sob agitação à 37°C em diferentes soluções

Água destilada	Solução etanólica 10%	Solução etanólica 30%	Solução etanólica 50%	Solução etanólica 70%
0,0346a ± 0,0058	0,0199b ± 0,0047	0,0060c ± 0,0036	0,0063c ± 0,0025	0,0011c ± 0,0011

Letras iguais na mesma linha indicam igualdade estatística a 5% de significância.

O etanol favoreceu a solubilização da cumarina, sendo que a menor massa retida na filtração indicou maior solubilização, o que ocorreu com a solução de maior porcentagem de etanol testada (70%). No entanto, não houve diferença significativa a 5% de significância entre as porcentagens 30, 50 e 70% de etanol, indicando que a mesma em menor proporção de etanol, a solução a 30% teve a mesma eficiência da solução a 70% na solubilização da cumarina. Desse modo, adotou-se a concentração etanólica a 30% para preparar a solução padrão de cumarina na concentração de 10.240 µg/mL para a continuidade do estudo. Enfatiza-se a importância da completa dissolução dos princípios ativos para os testes *in vitro* de concentração inibitória mínima, de forma que se os compostos não estiverem completamente solubilizados, compromete a sua atividade contra os micro-organismos a serem testados, resultando em dados controversos.

As CIMs para a cumarina são apresentadas na Tabela 2, encontradas para as bactérias em estudo.

Tabela 2 – Concentrações inibitórias mínimas de cumarina frente a patógenos bacterianos selecionados

Bactérias testadas	Cumarina
<i>Staphylococcus aureus</i> (ATCC 14458)	256µg/mL
<i>Staphylococcus epidermidis</i> (ATCC 12228)	< 2µg/mL
<i>Bacillus cereus</i> (ATCC 11778)	< 2µg/mL
<i>Listeria monocytogenes</i> (ATCC 7644)	< 2µg/mL
<i>Escherichia coli</i> (ATCC 11229)	> 1.024µg/mL
<i>Salmonella enterica</i> sorovar. Typhimurium (ATCC 13311)	> 1.024µg/mL
<i>Salmonella enterica</i> sorovar. Typhi (ATCC 19214)	512µg/mL
<i>Shigella flexneri</i> (ATCC 12022)	> 1.024µg/mL

A cumarina solubilizada em solução etanólica a 30% apresentou efeito inibitório principalmente para as bactérias Gram+, além de CIM de 512 µg/mL para *Salmonella enterica* sorovar. Typhi (ATCC 19214).

Especificamente para as bactérias *Staphylococcus epidermidis* (ATCC 12228), *Bacillus cereus* (ATCC 11778) e *Listeria monocytogenes* (ATCC 7644) houve inibição na menor concentração testada de cumarina, ficando então estabelecida neste estudo a CIM menor que 2 µg/mL para essas bactérias, apresentando-se promissora como agente antimicrobiano contra bactérias Gram positivas.

Resultados da atividade antimicrobiana associada aos extratos alcoólicos de *M. laevigata* Sch. Bip. Ex Baker e *M. glomerata* Sprengel mostraram que a CIM variou entre 12,5 e 100 µg/ml para três espécies de *Streptococcus* (*S. mutans*, *S. sobrinus* e *S. cricetus*)¹⁴. Em outro estudo, considerou-se que um extrato é considerado de atividade seletiva e relevante quando apresenta IC₅₀ abaixo de 100 µg/ml¹⁵. Ambos os estudos observam que a cumarina é um dos compostos majoritários nas folhas do guaco.

A atividade antimicrobiana da cumarina de ocorrência natural e de seus derivados foi avaliada com um total de 43 compostos, dos quais 20 compostos não exibiram qualquer atividade antimicrobiana na concentração mais alta testada de 1000 µg/mL contra *Micrococcus luteus*, *Bacillus subtilis*, *Staphylococcus aureus*, MRSA, *Escherichia coli* e *Salmonella* Typhimurium. A cumarina de ocorrência natural apresentou CIM >1000 µg/mL para *S. aureus* e MRSA, CIM de 500 µg/mL para *E. coli* e CIM de 1000 µg/mL para *M. luteus*, *B. subtilis* e *S. Typhimurium*. No entanto, dois derivados da cumarina, o 5,7-dimetoxi-8-iodo-cumarina e o 8-iodo-5,7-dihidroxicumarina apresentaram ótima atividade contra *S. aureus* e MRSA, sendo o CIM de 62,5 µg/mL e de 1,56 µg/mL, respectivamente¹⁶.

Na investigação da atividade contra MRSA foi identificada maior eficiência de compostos bis-triazoles sintetizados a partir do esqueleto da cumarina com valor de CIM de 2 µg/mL, duas vezes e oito vezes mais ativo que a enoxacina e a cloromicina, respectivamente¹⁷. No entanto, compostos derivados da cumarina com tiazolidinona também apresentaram menor halo de inibição na concentração de 100 µg/ml que as drogas padrões ciprofloxacina e gresiofulvin, ambos a 50 µg/ml, na ação contra bactérias e fungos, respectivamente¹⁸.

Compostos derivados da cumarina com sulfonamidas exibiram moderada atividade contra bactérias e fungos, sendo concentrações iguais ou superiores às das drogas padrões testadas, ciprofloxacina (CIM de 1µg/mL) e fluconazol (CIM de 8µg/mL), respectivamente¹⁹.

Para a bioquímica e fisiologia vegetal há um grande envolvimento das cumarinas no metabolismo, que podem atuar como inibidores enzimáticos, antioxidantes, precursores de substâncias tóxicas, além de ações hormonais reguladoras de crescimento, respiração e fotossíntese. Outras atividades farmacológicas têm sido descritas para esses compostos, que podem agir como hepatoprotetores, antioxidantes, antialérgicos, anti-inflamatórios, antitrombóticos, antivirais e anticancerígenos²⁰.

Estudo recente mostrou que o dicumarol inibe a divisão celular em células embrionárias do ouriço do mar, agindo sobre um processo essencial durante a mitose, processo esse relacionado com a função dos microtúbulos do fuso mitótico. Os microtúbulos são polímeros dinâmicos constituídos pela proteína tubulina heterodimérica, que alternam estados de crescimento e encurtamento, comportamento denominado de instabilidade dinâmica. Os microtúbulos são compostos por um núcleo de tubulina-GDP instável e uma tubulina-GTP estável ou tubulina-GDP-Pi em suas extremidades. O dicumarol pode exercer um efeito antiproliferativo através de uma ligação à tubulina-GDP instável, promovendo uma estabilização dinâmica dos microtúbulos fusiformes²¹.

Diante desse contexto, evidencia-se a necessidade de pesquisas científicas para a busca de novas fontes de substâncias antimicrobianas e os produtos naturais têm sido a fonte mais importante para novas drogas⁵. No entanto, é essencial o uso responsável, racional, seguro e não abusivo, para que a fitoterapia possa trazer os benefícios esperados aos usuários e ser utilizada como uma terapia alternativa¹.

Considerações Finais

Neste estudo observou-se a completa solubilização da cumarina, princípio ativo do guaco, em solução etanólica a 30%, sendo essa solução com efeito inibitório significativo para bactérias Gram positivas, apresentando CIM menor que 2µg/mL para *Staphylococcus epidermidis*, *Bacillus cereus* e *Listeria monocytogenes*.

Referências

1. Czelusniak KE, Brocco A, Pereira DF, Freitas GBL. Farmacobotânica, fitoquímica e farmacologia do guaco: revisão considerando *Mikania glomerata* Sprengel e *Mikania laevigata* Schulyz Bip. ex Baker. Rev Bras Plantas Med. 2012;14(2):400-9.
2. Negi PS. Plant extracts for the control of bacterial growth: efficacy, stability and safety issues for food application. Int J Food Microbiol. 2012;156(3):7-17.
3. Souza GS, Castro EM, Soares AM, Pinto JEBP, Resende MG, Bertolucci SKV. Crescimento, teor de óleo essencial e conteúdo de cumarina de plantas jovens de guaco (*Mikania glomerata* Sprengel) cultivadas sob malhas coloridas. Biotemas. 2011;24(3):1-11.
4. Feniman-De-Stefano GMM, Martin LC, Barreti P. Potencial do uso da espironolactona em pacientes em hemodiálise In: Cruz J, Cruz HMM, Kirsztajn GM, Barros RT (org). Atualidades em Nefrologia 12. São Paulo: Sarvie; 2012, p.703-10.
5. Lucera A, Costa C, Conte A, Del Nobile MA. Food applications of natural antimicrobial compounds. Front Microbiol. 2012;3(287):1-13.
6. Duart MCT. Atividade antimicrobiana de plantas medicinais e aromáticas utilizadas no Brasil. MultiCiência. 2006;7:1-16.
7. Baratto L, Lang LK, Vanz DC, Reginatto FH, Oliveira JB, Falkenberg M. Investigação das atividades alelopática e antimicrobiana de *Mikania laevigata* (Asteraceae) obtida de cultivos hidropônico e tradicional. Rev Bras Farmacogn. 2008;18(4):577-82.
8. Vanderlinde FA, Rocha FF, Malvar DC, Ferreira RT, Costa EA, Florentino IF et al. Anti-inflammatory and opioid-like activities in methanol extract of *Mikania lindleyana*, sucuriju. Rev Bras Farmacogn. 2012;22(1):150-6.

9. Gasparetto JC, Campos FR, Budel JM, Pontarolo R. *Mikania glomerata* Spreng. e *M. laevigata* Sch. Bip. ex Baker, Asteraceae: estudos agronômicos, genéticos, morfoanatônicos, químicos, farmacológicos, toxicológicos e uso nos programas de fitoterapia do Brasil. *Rev Bras Farmacogn.* 2010;20(4):627-40.
10. Venugopala KN, Rashmi V, Odhav B. Review on natural coumarin lead compounds for their pharmacological activity. *Biomed Res Int.* 2013;Mar:1-14.
11. Kuster RM, Rocha LM. Cumarinas, cromonas e xantonas. In: Simões CMO, Schenkel EP, Gosmann G (ed). *Farmacognosia: da planta ao medicamento.* 2. ed. Porto Alegre: UFRGS; 2000. p.451-69.
12. Korolkovas A, Burckhalter JH. *Química farmacêutica.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008.
13. Clinical and laboratory standards institute / national committee for clinical laboratory standards (CSLI/NCCLS). Methods for dilution antimicrobial susceptibility tests for bacteria that grow aerobically. Wayne: CLSI/NCCLS document M7-A8; 2009.
14. Yatsuda R, Rosalen P.L, Cury JA, Murata RM, Rehder VLG, Melo LV et al. Effects of *Mikania* genus plants on growth and cell adherence of mutans streptococci. *J Ethnopharmacol.* 2005;97(2):183-9.
15. Cos P, Vlietinck AJ, Berghe DV, Maes L. Anti-infective potential of natural products: How to develop a stronger in vitro 'proof-of-concept. *J Ethnopharmacol.* 2006;106(3):290–302.
16. Smyth T, Ramachandran VN, Smyth WF. A study of the antimicrobial activity of selected naturally occurring and synthetic coumarins. *Int J Antimicrob Agents.* 2009;33(5):421-6.
17. Shi Y, Zhou CH. Synthesis and evaluation of a class of new coumarin triazole derivatives as potential antimicrobial agents. *Bioorg Med Chem Lett.* 2011;21(3):956-60.
18. Ronad PM, Noolvi M, Sapkal S, Dharbhambulla S, Maddi V. Synthesis and antimicrobial activity of 7-(2-substituted phenylthiazolidinyl)-benzopyran-2-one derivatives. *Eur J Med Chem.* 2010;45(1):85-9.
19. Basanagouda M, Shivashankar K, Kulkarni MV, Rasal VP, Patel J, Mutha S et al. Synthesis and antimicrobial studies on novel sulfonamides containing 4-azidomethyl coumarin. *Eur J Med Chem.* 2010;45(3):1151-7.
20. Kostova I, Raleva S, Genova P, Argirova R. Structure-activity relationships of synthetic coumarins as HIV-1inhibitors. *Bioinorg Chem Appl.* 2006;1-9.
21. Madari H, Panda D, Wilson L, Jacobs RS. Dicoumarol: a unique microtubule stabilizing natural product that is synergistic with taxol. *Cancer Res.* 2015;63(6):1214-20.

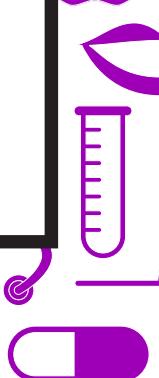
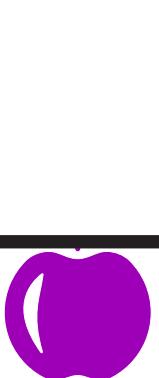
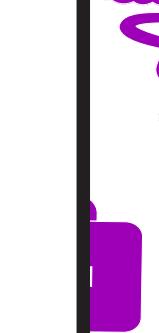
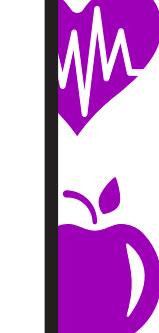
Cristiane Mengue Feniman Moritz

Endereço para correspondência – Rua: Av. Ângelo Moreira da Fonseca, n° 1800,
Bairro: Parque Danielle, CEP: 87506-370, Umuarama, PR, Brasil.
E-mail: crisfeniman@yahoo.com.br
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7906324507297720>

Milene Ribeiro da Silva – ribeiro.milene@gmail.com
Greicy Mara Mengue Feniman-De-Stefano – gmmfds@yahoo.com.br
Otávio Akira Sakai – otavio.sakai@ifpr.edu.br
Flavio Augusto Vicente Seixas – favseixas@gmail.com

**Enviado em 25 de abril de 2016.
Aceito em 15 de setembro de 2016.**

NUTRIÇÃO



ESTADO NUTRICIONAL E PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE CAIÇARA, RS

NUTRITIONAL STATUS AND BOLSA FAMILIA PROGRAM IN CHILDREN AND ADOLESCENTS FROM CAIÇARA, RS

Mariana Balestrin¹, Vanessa Ramos Kirsten², Daniela Paini³, Rafael Ferreira Dalmolin⁴

RESUMO

Este estudo objetivou avaliar o estado nutricional dos escolares que frequentam as escolas públicas do município de Caiçara, RS e relacioná-lo com o recebimento do Programa Bolsa Família, sexo e zona da escola. Trata-se de um estudo transversal em que foram convidados a participar todos os escolares de 0 a 19 anos matriculados nas escolas municipais e estaduais de Caiçara, no ano de 2015. Os procedimentos de coleta de dados seguiram as recomendações do SISVAN. Observou-se que 97,9% (n=784) dos escolares encontram-se com estatura adequada para a idade. Em relação ao Índice de Massa Corporal por Idade (IMC/I), observou-se um percentual de excesso de peso de 29,1% (n=233). Porém esses associações significativas entre o estado nutricional e o sexo, a zona da escola e o recebimento do benefício social. Esses resultados são importantes para mostrar que as intervenções nutricionais em crianças e adolescentes são necessárias, permitindo prevenir e controlar riscos nutricionais.

Descriptores: Avaliação Nutricional; Vigilância Nutricional; Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação; Crianças; Adolescentes.

ABSTRACT

This Study aimed to evaluate the nutritional status of school children that attend public school in the municipality of Caiçara, RS and to list with Bolsa Família, sex and School Zone. It is a cross-sectional study in which all school children aged 0 to 19 enrolled in municipal and state schools in Caiçara in the year 2015 were invited to participate. Data collection procedures follow SISVAN recommendations. It was observed that 97.9% (n=784) of the students are with proper height for the age. Regarding the Body Mass Index for age (BMI/A), it was observed a percentage of excess of weight of 29.1% (n=233). However, these results varied according to age group. There were no significant associations between nutritional status and gender, school district and the receipt of social benefits. These results are important to show that nutritional interventions in children and adolescents are needed, allowing the prevention and control of nutritional risks.

Descriptors: Nutrition Assessment; Nutritional Surveillance; Nutrition Programs and Policies; Children; Adolescents.

¹ Mestre em Educação pela Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), Frederico Westphalen, RS, Brasil.

² Professora do Departamento de Alimentos e Nutrição da UFSM, Palmeira das Missões, RS, Brasil.

³ Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Palmeira das Missões, RS, Brasil.

⁴ Graduando em Matemática na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, (URI), Frederico Westphalen, RS, Brasil.

Introdução

A alimentação adequada é um direito social fundamental do ser humano, recentemente incluído na Constituição Federal, a partir da Emenda Constitucional 064/2010, artigo 6º. Com vistas a assegurar esse direito, a Lei nº 11.346/2006, também conhecida como Lei Orgânica de Segurança Alimentar (LOSAN), decreta que o poder público deve adotar as ações necessárias para garantia da segurança alimentar e nutricional da população, ficando assegurada a responsabilização do governo em “respeitar, proteger, promover, prover, informar, monitorar, fiscalizar e avaliar a realização do direito humano à alimentação adequada, bem como garantir os mecanismos para sua exigibilidade”¹.

O acompanhamento da situação nutricional é um importante procedimento para avaliar o estado de saúde da população, necessário para a formulação e implementação de políticas públicas e ações da área da nutrição. Segundo Mello (2002)², a avaliação nutricional é um instrumento diagnóstico, já que mede de diversas maneiras as condições nutricionais do organismo, determinadas pelos processos de ingestão, absorção, utilização e excreção de nutrientes; ou seja, a avaliação nutricional determina o estado nutricional, que é resultante do balanço entre a ingestão e a perda de nutrientes. O estado nutricional de uma população é um excelente indicador de sua qualidade de vida². Nesse sentido, o diagnóstico da avaliação do estado nutricional se materializou como um importante indicador de saúde da população e permitiu ampliar as análises e intervenções nos problemas decorrentes da má alimentação e melhorar a qualidade da atenção básica à saúde, além de subsidiar políticas públicas de saúde na esfera municipal, estadual e federal.

O monitoramento da situação nutricional é facilitado por um sistema de informações conhecido por Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que visa auxiliar, orientar e facilitar as avaliações antropométricas das populações, conferindo a necessária racionalidade como base de decisões nas ações de alimentação e nutrição e promoção da saúde na esfera municipal, estadual e federal³.

O conjunto de mudanças nos padrões nutricionais das crianças e adolescentes vem preocupando a população brasileira. Segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada entre 2008 e 2009, uma em cada três crianças de 5 a 9 anos de idade encontrava-se acima do peso. Em relação ao déficit de altura, houve uma prevalência de 7,2% entre meninos e de 6,3% entre meninas, mostrando redução de aproximadamente 30% nas últimas décadas. Para os adolescentes, com idade entre 10 e 19 anos, o excesso de peso encontrado foi de 21,7% e de 9,4%, respectivamente para o sexo masculino e o feminino⁴.

O ambiente escolar é um facilitador no processo de investigação nutricional, assim, a apropriação desse espaço faz-se notória. Ademais, ações que previnam a ocorrência de alterações nutricionais e acompanhem o estado nutricional das crianças e adolescentes são fundamentais para a promoção e manutenção da saúde.

A partir do exposto, este artigo teve como objetivo geral avaliar o estado nutricional das crianças e adolescentes que frequentam as escolas públicas e investigar a sua relação com o recebimento do benefício Bolsa Família no município de Caiçara, Rio Grande do Sul e, como objetivos específicos, procurou: (a) identificar os escolares com obesidade ou desnutrição; (b) verificar a frequência de excessos e déficit nutricionais; (c) comparar o estado nutricional dos escolares de acordo com o gênero, zona e com o recebimento ou não do benefício do Programa Bolsa Família.

Metodologia

Este estudo de delineamento descritivo transversal teve como população alvo todos os alunos matriculados nas escolas públicas municipais e estaduais do município de Caiçara, RS. Esse município localiza-se no noroeste do estado do Rio Grande do Sul, região do Médio Alto Uruguai (aproximadamente 500 km da capital) e, segundo dados do IBGE⁵, a população estimada para o município de Caiçara no ano de 2014 correspondia a 5.125 habitantes. A rede de ensino do município pesquisado está distribuída em 10 escolas públicas. Dessas, 7 são municipais e 3 estaduais, totalizando 909 alunos matriculados segundo o Censo Escolar do ano de 2014.

A coleta de dados aconteceu no período de março a maio de 2015 e foi realizada em três unidades de saúde do município. Entretanto, as crianças menores de 2 anos foram avaliadas na escola, em função de manter a criança em companhia da professora durante a pesagem. A identificação das crianças (nome completo, data de nascimento e nome da mãe) foi feita com base nas listas de matrícula obtidas por intermédio da Secretaria Municipal de Educação e Cultura e de informações coletadas nas escolas. O estudo contemplou os alunos com idade compreendida entre 0 e 19 anos. Foram excluídos da pesquisa os escolares portadores de necessidades especiais e com dificuldade de locomoção.

Os procedimentos de coleta de dados seguiram as recomendações do SISVAN⁶. Assim, para as crianças menores de 2 anos utilizaram-se as balanças pediátricas digital de marca *Micheletti*[®], com capacidade máxima de 15 kg. A avaliação do comprimento foi aferida por meio de um estadiômetro horizontal de madeira, com escalas numéricas indicando as dezenas e com comprimento máximo de 1 metro. O peso e a estatura foram obtidos com a criança despida e descalça. Já para as crianças maiores de 2 anos utilizou-se a balança plataforma mecânica da marca *Filizola*[®], que possui o estadiômetro acoplado na posição vertical. O peso e a estatura foram avaliados com as crianças e adolescentes fazendo uso de roupas leves e descalças.

O estado nutricional foi avaliado por meio dos parâmetros de classificação Peso/Idade (P/I), Estatura/Idade (E/I), Índice de Massa Corporal /Idade (IMC/I) e Peso/Estatura (P/E) com adequação para idade e sexo correspondente. Os indicadores antropométricos foram calculados com base nos valores de percentil e escore Z, com o emprego do programa *Anthro* versão 3.2.2 para crianças de até 5 anos e do *Anthro Plus* versão 1.0.3 para crianças e adolescentes de 5 a 19 anos. A classificação foi realizada por meio dos critérios do SISVAN⁶.

Os escolares foram classificados de acordo com o recebimento ou não do benefício do Programa Bolsa Família, a partir dos relatórios de acompanhamento e frequência escolares do Programa Bolsa Família. Essas informações foram coletadas através da Secretaria de Educação e Cultura do Município.

Em relação aos dados demográficos avaliados, as variáveis gênero e faixa etária foram utilizadas para compor as características demográficas. As áreas de localização das escolas foram identificadas a partir dos dados coletados nas Leis Municipais, para a posterior classificação.

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do software SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18.0. A estatística descritiva contou com dados descritos por média, desvio padrão e distribuição por frequência. Para comparação entre os grupos, utilizou-se o teste qui-quadrado. Consideraram-se diferenças significativas quando o P<0,05.

O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e seguiu as orientações fornecidas na Resolução no 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovado no dia 23 de fevereiro de 2016 no formato de utilização de dados prévios pelo número do protocolo 47367315.7.0000.5346, parecer de aprovação número 1.420.151 e foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

Resultados e Discussão

Amostra total foi constituída por 801 alunos, representando 88,12% do total de alunos de 0 a 19 anos matriculado sem escolas do município de Caiçara-RS e 15,63% da população municipal. A amostra foi estratificada por idade, sexo, benefício social, tipo de escola e localização em zona, de acordo com a Tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização da amostra segundo idade, sexo, benefício social, tipo de escola e zona, Caiçara – RS, 2015 (n=801).

Variáveis	< 5 Anos n %	5 a 9 Anos n %	10 a 19 Anos n %	Total n %
Sexo				
Masculino	42	45,2	120	49,4
Feminino	51	54,8	123	50,6
Benefício Social				
Sim	8	8,6	72	29,6
Não	85	91,4	171	70,4
Tipo de Escola				
Municipal	93	100	129	53,1
Estadual	-		114	46,9
Zona				
Urbana	81	87,1	144	59,3
Rural	12	12,9	99	40,7
TOTAL	93	-	243	-
				465
				801
				100

Fonte: Elaborados pelas autoras, 2015.

Os resultados encontrados foram agrupados em três categorias etárias, conforme preconizado pelo SISVAN⁶: menores de 5 anos, de 5 a 9 anos e de 10 a 19 anos. Destaca-se que as crianças menores de 5 anos foram classificadas segundo os parâmetros: Estatura/Idade (E/I), IMC/Idade (IMC/I), Peso/Altura (P/A) e Peso/Idade (P/I); as crianças de 5 a 9 anos foram classificadas através da E/I, IMC/I, P/I; e os adolescentes de 10 a 19 anos foram classificados através de dois parâmetros: E/I e IMC/I.

Em relação aos dados gerais, pode-se observar 58% dos sujeitos encontravam-se com idade entre 10 e 19 anos. Ao caracterizar a amostra também permitiu identificar que a cada 2,6 alunos analisados 1 recebe o Benefício Social e a cada 2,9 alunos, 1 estuda na Zona Rural.

Na Tabela 2, pode-se observar a classificação do estado nutricional dos alunos avaliados de acordo com a faixa etária. Em relação à classificação E/I, dos 801 crianças e adolescentes avaliados, a grande maioria encontra-se com a estatura adequada para a idade (97,9%), sem diferença entre as faixas etárias. Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), realizada entre 2008 e 2009, apontaram declínios intensos e contínuos que caracterizam a redução da prevalência de déficit de altura em ambos os sexos, indicando a progressiva redução da desnutrição infantil nas últimas décadas. De 1974-1975 para 2008-2009, a prevalência de déficit de altura em crianças de 5 a 9 anos de idade diminuiu de 29,3% para 7,2% no sexo masculino, e de 26,7% para 6,3% no sexo feminino⁴. O presente estudo apresentou taxas menores de déficit de estatura quando comparadas às da POF (2008-2009). Estudo realizado com 360 mil crianças beneficiárias do PBF aponta uma queda de 51% do déficit de estatura média ao longo do período de 2008 a 2012. Reforça-se aqui a influência direta das políticas sociais sobre a saúde e nutrição das crianças⁷.

Ao classificar os alunos segundo o IMC/I, percebe-se que 67,5% (n=541) apresentam eutrofia e 29,1% (n=233) estão com excesso de peso. Nota-se, ainda, que o maior percentual de escolares com sobrepeso (17,7%) e obesidade (16,9%) no município possuem idades compreendidas entre 5 e 9 anos, e o maior percentual de eutrofia encontra-se nos adolescentes (69,2%). Em relação ao baixo peso, o percentual geral é 1,5% e a faixa etária com maior prevalência encontra-se entre alunos maiores de 10 anos.

A partir dos dados, identifica-se uma tendência ao excesso de peso para as crianças entre 5 e 9 anos. Resultado semelhante foi encontrado no estudo realizado com alunos do 1º ao 5º ano das escolas municipais de Itajaí, Santa Catarina (n=417), no qual a prevalência de excesso de peso foi maior entre as crianças de 8 a 9 anos⁸. Esses resultados permitem levantar hipóteses, entre elas, a de que as alterações que ocorrem no período pré-puberal, compreendidos entre os 8 a 10 anos de idade, podem influenciar no acúmulo de tecido adiposo, favorecendo a reserva energética para o posterior estirão de crescimento e desenvolvimento acentuados que ocorrerão na adolescência⁹.

Tabela 2 - Classificação do estado nutricional de acordo com a idade, Caiçara –RS, 2015 (n=801).

Variáveis	Classificação	< 5 Anos n %	5 a 9 Anos n %	10 a 19 Anos n %	Total n %
Estatura/Idade					
	Baixa estatura	2	2,2	4	1,6
	Adequada	91	97,8	239	98,4
IMC/Idade					
	Magreza	1	1,1	3	1,2
	Eutrofia	63	67,7	156	64,2
	Risco de sobrepeso	15	16,1	-	-
	Sobrepeso	11	11,8	43	17,7
	Obesidade	3	3,2	41	16,9
Peso/Idade					
	Muito baixo peso/ idade	1	1,1	-	-
	Baixo peso/idade	1	1,1	-	-
	Peso adequado/ idade	78	83,9	207	85,2
	Peso elevado/idade	13	14,0	36	14,8

Continua...

Variáveis	Classificação	< 5 Anos n %		5 a 9 Anos n %		10 a 19 Anos n %		Total n %	
Peso/Altura									
	Magreza	1	1,1	-	-	-	-	1	1,1
	Eutrofia	63	67,7	-	-	-	-	63	67,7
	Risco de sobrepeso	15	16,1	-	-	-	-	15	16,1
	Sobrepeso	9	9,7	-	-	-	-	9	9,7
	Obesidade	5	5,4	-	-	-	-	5	5,4
TOTAL		93	-	243	-	465	-	801	100

*Teste Qui-quadrado. P>0,05 para todas as comparações.

A evolução da prevalência de excesso de peso é identificada nos três inquéritos nacionais: no Estudo Nacional da Despesa Familiar - ENDEF 1974-1975, na Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição - PNSN 1989 e na POF 2008-2009⁴. A prevalência de sobrepeso em meninos, que era moderada em 1974-1975 (10,9%), aumentou para 15,0% em 1989 e alcançou 34,8% em 2008-2009. Padrão semelhante de aumento do sobrepeso foi observado em meninas: 8,6%, 11,9% e 32,0%, respectivamente. Além disso, os dados mais atuais da POF (2008-2009) apontaram que uma em cada três crianças de 5 a 9 anos de idade encontrava-se acima do peso⁴. No presente estudo, os resultados referentes ao somatório de sobrepeso e obesidade (29,1%) encontram-se próximos às médias nacionais da POF 2008-2009⁴. Esses indicadores podem nortear as ações referentes ao excesso de peso das crianças e adolescentes.

Em relação às crianças menores de 5 anos, faixa etária considerada crítica em função da mortalidade causada pela desnutrição¹⁰, o município avaliado, obteve um déficit de E/I baixo (2,2%) quando comparado com os dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS). A PNDS encontrou uma prevalência de 7,0% das crianças menores de 5 anos com déficit de altura¹¹. Esse achado pode ser justificado em função transição nutricional¹² e da ampliação de políticas públicas que garantam o direito à alimentação.

Para o parâmetro de P/A, entre as crianças menores de 5 anos avaliadas no município de Caiçara, 15,1% apresentaram sobrepeso ou obesidade. Esses resultados mostram uma prevalência maior de sobrepeso e obesidade em relação a PNDS¹¹ que apresentou uma porcentagem de 7,3% de excesso de peso, ficando definida uma exposição moderada desta população ao risco de obesidade na infância. Observa-se também um déficit de P/A das crianças analisadas em 1,4% na PNDS¹¹, similares aos resultados encontrados no município de Caiçara, RS.

A prevalência de déficit nutricional em menores de 5 anos, considerando-se os índices E/I, P/I, P/A e IMC/I, é menor (2,2%, 1,1%, 1,1% e 1,1%, respectivamente) quando comparada a um estudo realizado no Rio de Janeiro com 402 crianças (2,8%, 8,6% e 3,3% - P/I, E/I e P/E, respectivamente)¹³.

Para os alunos de 5 a 9 anos, a adequação do estado nutricional encontrada é de 98,4% para o índice E/I, 64,2% para o IMC/I e 85,2% para P/A, considerando os 336 escolares avaliados nessa faixa etária. Observa-se, além disso, um percentual de 34,6% de crianças com excesso de peso, do qual 17,7% estão com sobrepeso e 16,9% com obesidade. De modo semelhante, um estudo realizado nas escolas de Maringá-PR relata que das 5.037 crianças avaliadas entre 6 e 10 anos, 24% foram diagnosticadas com excesso de peso, sendo 17% de sobrepeso e 7% de obesidade¹⁴. De fato, considerando que a prevalência de excesso de peso no presente estudo está mais acentuada na faixa etária de 5 a 9, conclui-se que a observação e investigação através dos grupos etários com características fisiológicas similares se fazem necessárias.

Acredita-se que esses resultados encontrados, referentes aos escolares de 5 a 9 anos de idade, podem ser justificados pelos estágios variados de maturação sexual desse agrupamento etário. A idade de início do desenvolvimento puberal, marcado pelo estágio 2 de Tanner, varia com o sexo. Estudo realizado no Brasil com 6765 adolescentes, entre 10 e 19 anos, residentes do município de Santo André, São Paulo que teve como objetivo caracterizar o processo de maturação sexual, utilizando os estágios de Tanner, evidenciou que, de modo geral, a maturação sexual se inicia um ano mais cedo, no sexo feminino, quando comparado ao masculino. No feminino, o início do desenvolvimento pubertário ocorreu, geralmente, até os 13 anos, com o desenvolvimento mamário e dos pelos púbicos, quase que simultaneamente. Já no masculino, o início se deu até os 14 anos, com o desenvolvimento da genitália, seguido dos pelos pubianos¹⁵.

Muitos escolares com idades entre 5 a 9 anos podem não ter passado pelo estirão puberal. A maioria das crianças passam por uma fase de repleção puberal entre 8 e 10 anos de idade, onde acontece o ganho de tecido adiposo em ambos os sexos, que se traduz no aumento da porcentagem de gordura corporal e da espessura das pregas cutâneas nessa fase¹⁶.

Os resultados deste estudo mostram uma prevalência menor de déficit de estatura quando comparado ao último estudo nacional da POF 2008-2009⁴ (7,2% em meninos e 6,3% em meninas). Esse declínio contínuo e expressivo na frequência de meninos e meninas com déficit de altura também ocorreu ao longo dos três inquéritos nacionais (ENDEF 1974-1975, PNSN 1989 e a POF 2008-2009). Em relação ao excesso de peso para o grupo etário de 5 a 9 anos observa-se que os resultados são muito semelhantes aos nacionais, que apresentaram valores de 34,8% para o sexo masculino e 32% para o sexo feminino⁴.

Em relação aos alunos de 10 a 19 anos, 97,6% do total de alunos desse grupo etário (n=465) encontram-se com a E/I adequada e 69,2% em eutrofia pelo IMC/I. Essa faixa etária apresentou os melhores percentuais de adequação em relação ao peso, porém, apresentou transtornos nutricionais em 30,7% da amostra (1,7% Magreza, 16,1% Sobre peso e 12,9% Obesidade).

Uma pesquisa, que objetivou verificar a prevalência de sobre peso e obesidade em adolescentes de 10 a 19 anos atendidos em unidades de saúde do município de Cascavel-PR, observou que 15,4% dos adolescentes apresentaram sobre peso e 7,6% obesidade, totalizando um excesso de peso em 23,0%¹⁷. Os resultados encontrados no município de Caiçara são superiores aos encontrados no município de Cascavel e também superiores ou iguais às médias nacionais da POF 2008-2009. (27,6% para o sexo masculino e 23% para o sexo feminino)⁴.

Uma justificativa para os percentuais mais altos de adequação do IMC/I e de baixo peso encontrados nesse grupo etário (10 a 19 anos), pode ser a preocupação com a imagem corporal devido às mudanças que acontecem nesse período¹⁸.

Para atingir os objetivos dessa investigação, procurou-se averiguar a influência do gênero no estado nutricional dos escolares de acordo com cada agrupamento etário. Os resultados podem ser observados na Tabela 3.

Tabela 3: Estado nutricional de crianças e adolescentes segundo o gênero, Caiçara-RS, 2015 (n=801).

Estado nutricional	< 5 Anos				5 a 9 Anos				10 a 19 Anos				Total			
	Masc.		Fem.		Masc.		Fem.		Masc.		Fem.		Masc.		Fem.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IMC/Idade																
Magreza	0	0	1	2,0	3	2,5	0	0	7	3,0	1	0,4	10	2,5	2	0,5
Eutrofia	30	71,4	33	64,7	80	66,7	76	61,8	163	69,7	159	68,8	273	68,9	268	66,2
Risco de sobre peso	7	16,7	8	15,7	-	-	-	-	-	-	-	-	7	1,8	8	2,0
Sobre peso	4	9,5	5	9,8	17	14,2	26	21,1	33	14,1	42	18,2	54	13,6	73	18,0
Obesidade	1	2,4	4	7,8	20	16,7	21	17,7	31	13,2	29	12,6	52	13,1	54	13,3
Estatura/Idade																
Baixa estatura	1	2,4	1	2,0	3	2,5	1	0,8	4	1,7	7	3,0	8	2,0	9	2,2
Adequada	41	97,6	50	98,0	117	97,5	122	99,2	230	98,3	224	97,0	388	98,0	396	97,8

*Teste Qui-quadrado. P>0,05 para todas as comparações.

Ao comparar o estado nutricional com o gênero, constata-se que não há relação entre o estado nutricional e o sexo em todas as faixas etárias. No entanto, verifica-se uma maior frequência de excesso de peso no sexo feminino (31,3%) em todos os agrupamentos etários. Estudo realizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) com crianças e jovens brasileiros de 6 a 17 anos de idade de diferentes regiões brasileiras, provenientes do Banco de Dados do Projeto Esporte Brasil (PROESP-Br), também encontrou resultados semelhantes aos do presente estudo. As autoras observaram uma tendência maior ao excesso de peso no sexo feminino (33,8%) em comparação com o sexo masculino (27,6%)¹⁹.

Verifica-se um déficit de estatura nos escolares com idade inferior a 5 anos de 2,4% e 2%, respectivamente para os sexos masculino e feminino. Dados similares foram encontrados na POF 2008-2009, em que a prevalência de déficit de altura em menores de 5 anos de idade foi semelhante em meninos (6,3%) e meninas (5,7%)⁴.

Em relação à estatura, o grupo etário de 5 a 9 anos apresenta percentuais de déficits na estatura baixos (1,7% para o sexo masculino e 3,0% para o sexo feminino) se comparados aos da POF 2008-2009, em que a prevalência de déficit de altura nesta faixa etária foi de 6,8% (meninos 7,2% e meninas 6,3%), com tendência a diminuir com a idade⁴.

Os escolares maiores de 10 anos apresentam percentuais de 27,3% e 30,8% de excesso de peso, respectivamente para o sexo masculino e feminino. Pode-se observar que este agrupamento etário é o que menos apresentou disparidade entre os gêneros, ficando definido, neste estudo, que o estado nutricional não varia de forma significativa entre os sexos.

Conclui-se, que, apesar do presente estudo não apresentar diferenças significativas entre os gêneros, demais estudos vêm demonstrando que a prevalência de excesso de peso aumentou continuamente ao longo dos 34 anos decorridos de 1974-1975 a 2008-2009, significando um aumento em seis vezes no sexo masculino (de 3,7% para 21,7%) e em quase três vezes no sexo feminino (de 7,6% para 19,4%)⁴.

A relação entre o estado nutricional dos escolares e a localização em zona pode ser observada na Tabela 4.

Tabela 4 - Estado nutricional de crianças e adolescentes da zona urbana em relação à zona rural, Caiçara-RS, 2015 (n=801).

Estado nutricional	< 5 Anos				5 a 9 Anos				10 a 19 Anos				Total			
	Urbano		Rural		Urbano		Rural		Urbano		Rural		Urbano		Rural	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IMC/Idade																
Magreza	1	1,2	0	0	2	1,4	1	1	7	1,9	1	1,0	10	1,7	2	1,0
Eutrofia	57	70,4	6	50,0	95	66,0	61	61,6	261	70,7	61	63,5	413	69,5	128	61,8
Risco de sobrepeso	12	14,8	3	25,0	-	-	-	-	-	-	-	-	12	2,0	3	1,4
Sobrepeso	7	8,6	2	16,7	28	19,4	15	15,2	60	16,3	15	15,6	95	16,0	32	15,5
Obesidade	4	4,9	1	8,3	19	13,2	22	22,2	41	11,1	19	19,8	64	10,8	42	20,3
Estatura/Idade																
Baixa estatura	2	2,5	0	0	3	2,1	1	1,1	9	2,4	2	2,1	14	2,4	3	3,2
Adequada	79	97,5	12	100	141	97,9	98	99,0	360	97,6	94	97,9	580	97,6	204	96,9

*Teste Qui-quadrado. P>0,05 para todas as comparações.

Como pode-se observar, 159 (26,8%) escolares da zona urbana e 74 (35,8%) escolares da zona rural apresentaram excesso de peso. Esses resultados mostram uma proporção maior de sobrepeso e obesidade nos escolares da zona rural. Cabe destacar que essa análise refere-se à soma dos valores referentes ao sobrepeso e obesidade encontrados e as porcentagens são proporcionais ao número total de escolares das zonas urbana e rural (n=594 para zona urbana e n=207 para zona rural). Segundo a POF⁴ as crianças das áreas rurais se encaminham para o comportamento das crianças das áreas urbanas, pois a curva de evolução do peso mediano dessas crianças se encontra quase que sobreposta à curva do padrão esperado⁴. Diante desses dados, podemos observar que os resultados deste estudo referentes à zona rural já ultrapassaram as estimativas da POF 2008-2009⁴.

A estreita relação entre o ambiente escolar e o local de trabalho das famílias dos escolares com a produção e acesso fácil a alimentos *in natura* parece não ser atrativo para eles. As verduras e legumes são considerados alimentos secundários porque não têm a função de preparar o corpo para o trabalho. Para eles, saudável é algo especial, não ligado à rotina, não é o básico, mas sim algum alimento que evoque diferenciação social, é uma comida de que se gosta e que não faz mal à saúde²⁰.

Em relação ao índice E/I e a localização da escola, observa-se maior prevalência de déficit de estatura na zona urbana em todos os níveis, com percentuais de 2,5%, 2,1% e 2,4% respectivamente para os grupos etários menores de 5 anos, 5 a 9 anos e 10 a 19 anos, contudo não há diferenças significativas derivadas dessa associação. Segundo a POF 2008-2009, no Brasil a prevalência de déficit de altura foi a mesma no meio urbano e no meio rural para crianças menores de 5 anos⁴. Entretanto, nesse mesmo estudo, diferentemente do observado para menores de 5 anos, a frequência do déficit de altura em crianças de 5 a 9 anos de idade tendeu a ser maior no meio rural do que no meio urbano⁴.

Outra análise, não menos importante, teve como objetivo investigar o estado nutricional da amostra beneficiada pelo Programa Bolsa Família (BF). Sinaliza-se que as pessoas que têm por direito o repasse do BF são consideradas parte do grupo de vulneráveis, em função das condições socioeconômicas desfavoráveis e dos possíveis agravos nutricionais²¹. Assim, torna-se relevante analisar o impacto deste Programa no estado nutricional²², como podemos observar na Tabela 5.

Tabela 5 - Estado nutricional de crianças e adolescentes que recebem o benefício Bolsa Família em relação aos que não recebem, Caiçara -RS, 2015.

Estado nutricional	< 5 Anos				5 a 9 Anos				10 a 19 Anos				Total			
	Recebem BF		Não recebem BF		Recebem BF		Não recebem BF		Recebem BF		Não recebem BF		Recebem BF		Não recebem BF	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
IMC/Idade																
Magreza	0	0	1	1,18	1	1,4	2	1,2	2	1,4	6	1,9	3	1,3	9	1,6
Eutrofia	5	62,5	58	68,2	49	68,1	107	62,6	98	69,0	223	69,3	152	68,5	388	67,1
Risco de sobrepeso	2	25,0	13	15,3	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,9	13	2,2
Sobrepeso	1	12,5	8	9,4	14	19,4	29	17,0	21	14,8	54	16,8	36	16,2	91	15,7
Obesidade	0	0	5	5,9	8	11,1	33	19,3	21	14,8	39	12,1	29	13,1	77	13,3
Estatura/Idade																
Baixa estatura	0	0	2	2,4	0	0	4	2,3	5	3,5	6	1,9	5	2,3	12	2,1
Adequada	8	100	83	97,6	72	100	168	97,7	137	96,5	316	98,1	217	97,7	567	97,9

*Teste Qui-quadrado. P>0,05 para todas as comparações.

Não foram identificadas diferenças estatísticas significativas em relação ao parâmetro IMC/I e E/I o recebimento ou não do benefício BF. O excesso de peso das crianças e adolescentes que recebem o BF é 29,3% enquanto que para os alunos que não recebem o BF os percentuais encontrados são de 29%. Em relação à estatura observa-se déficits de 2,3% e 2,1%, respectivamente para os beneficiados e não beneficiados pelo BF.

Destaca-se a necessidade da ampliação de atividades de educação nutricional, objetivando a promoção da alimentação saudável, uma vez que apenas oferecer o benefício do PBF parece não ser suficiente, pois a falta de informação pode levar a aquisição de alimentos com alta densidade calórica.

Saldiva, Silva e Saldiva²³ avaliaram as condições de saúde e nutrição de crianças menores de 5 anos e buscaram associar a qualidade do consumo alimentar aos beneficiários do Programa BF em um município do semiárido brasileiro. As autoras não encontraram diferença estatisticamente significante entre o estado nutricional das crianças e a condição de beneficiada pelo Programa ou não. Porém, as prevalências dos achados mostram maior porcentagem de excesso de peso entre crianças não beneficiárias do BF (11,4%), em comparação com aquelas acompanhadas pelo BF (2,4%).

Para os alunos com idades entre 5 e 9 anos, destaca-se um percentual de adequação do estado nutricional melhor para os beneficiários do Programa (68,1%), bem como uma maior prevalência de Magreza (1,4%) e Sobre peso (19,4%). A classificação de baixa estatura foi encontrada apenas no grupo que não recebe o BF (2,3%).

Considerações Finais

O excesso de peso em crianças e adolescentes menores de 19 anos que frequentam as escolas públicas do município de Caiçara, Rio Grande do Sul, encontram-se próximo as médias nacionais da POF 2008-2009, apresentando os maiores percentuais entre os escolares de 5 a 9 anos. Em relação ao déficit de estatura os resultados do presente estudo mostram uma prevalência menor de déficit de estatura quando comparado ao último estudo nacional da POF 2008-20094. O grupo etário com idades entre 10 e 19 anos apresentou os melhores percentuais de adequação. Não houve diferença significativa entre o estado nutricional e as variáveis recebimento do programa bolsa família, sexo e zona de localização da escola. Além disso, considerando a importante ferramenta de Saúde Pública conhecida como SISVAN, é essencial que ela se torne uma opção que norteie as ações coletivas a partir de estudos locais e não seja apenas um instrumento de diagnósticos nutricionais individualizados ou para servir de parâmetros nacionais, uma vez que parece existir uma diferença entre o estado nutricional nas diferentes regiões do país e as intervenções devem ser direcionadas de acordo com os agravos nutricionais específicos.

É necessária a investigação e divulgação desses dados para alertar a dimensão dessa realidade nutricional e servir de subsídio à implementação de políticas públicas que garantam ações preventivas voltadas aos problemas detectados. O excesso de peso em crianças e adolescentes deve ser tratado como um problema emergente.

O incentivo a hábitos alimentares saudáveis através das atividades de educação nutricional e reeducação alimentar pode levar a mudanças no estilo de vida das crianças e adolescentes que se encontram em momentos privilegiados para a intervenção nutricional, haja vista os estágios mais precoces de desenvolvimento.

Referências

1. Brasil. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Brasília, DF; 2006.
2. Mello ED. O que significa a avaliação do estado nutricional. J. Pediatr. 2002;78(5):357-8.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Vigilância alimentar e nutricional: orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. [acesso em 4 out 2015]. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_basicas_sisvan.pdf
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro; 2010a. [citado em 20 out 2015]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/70/553a23f27da68.pdf>
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Caiçara, RS. Censo Demográfico 2010b. [citado em 5 nov 2015]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=430340&search=rio-grande-do-sul|caicara>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional SISVAN [homepage na internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. [acesso em 3 out 2015]. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/protocolo_sisvan.pdf
7. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. Brasília; 2008.[citado em: 28 de abr 2016]. Disponível em: file:///E:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Caderno%20de%20Estudos%202017_resultados,%20avan%C3%A7os%20e%20desafios%20PBF.pdf
8. Kneipp C, Habitzreuter F, Mezadri T, Höfelmann DA. Excesso de peso e variáveis associadas em escolares de Itajaí, Santa Catarina, Brasil. Ciênc. saúde coletiva.2015;20(8):2411-2422.
9. Vitolo MR. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. 1^a ed. Rio de Janeiro: Rúbio; 2008. Adolescência; 261-300.
10. Monte CMG. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. J. Pediatr. 2000;76(3):285-97.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
12. Soares LR, Pereira MLC, Mota MA, Jacob TA, Silva VYNE, Kashiwabara TGB. A transição da desnutrição para a obesidade. BJSCR. 2014; 5(1): 64-8.
13. Barroso GS, Sichieri R, Salles-Costa. Fatores associados ao déficit nutricional em crianças residentes em uma área de prevalência elevada de insegurança alimentar. Rev. Bras. Epidemiol.2008;11(3):484-494.
14. Rosaneli CF, Auler F, Manfrinato CB, Rosaneli CF, Sganzerla C, Bonatto MG et al. Avaliação da prevalência e de determinantes nutricionais e sociais do excesso de peso em uma população de escolares: análise transversal em 5.037 crianças. Rev. Assoc. Med. Bras. 2012;58(4):472-6.
15. Colli AS. Crescimento e desenvolvimento pubertário em crianças e adolescentes brasileiros. São Paulo: Ed.Bras. Cienc. 1988:19-32.
16. Ferriani MGC, Santos GVB. Adolescência: puberdade e nutrição. Rev. Adolescer. 2001:77-92
17. Dalla Costa MC, Barreto ADC, Bleil AT, Osaku N, Ruiz FR. Estado nutricional de adolescentes atendidos em uma unidade de referência para adolescentes no Município de Cascavel, Estado do Paraná, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde. 2011; 20(3):355-361.
18. Monteiro LN, Aerts D, Zart VB. Estado nutricional de estudantes de escolas públicas e fatores associados em um distrito de saúde do Município de Gravataí, Rio Grande do Sul. Epidemiol. Serv. Saúde. 2010;19(3):271-281.
19. Flores LS, Gaya AR, Petersen RDS, Gaya A. Tendência do baixo peso, sobrepeso e obesidade de crianças e adolescentes brasileiros. Porto Alegre. J. Pediatr. 2013;89(5):456-461.

20. Alves HJA, Boog MCF. Representações sobre o consumo de frutas, verduras e legumes entre fruticultores de zona rural. Rev Nutr. 2008; 21(6):705-15. doi: 10.1590/S1415-52732008000600009.
21. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [homepage na internet]. Conheça o Programa Bolsa Família. [acesso em 6 out 2015]. Disponível em: <http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia/o-que-e>
22. Wolf MR, Barros Filho AA. Estado nutricional dos beneficiários do Programa Bolsa Família no Brasil - uma revisão sistemática. Ciênc. Saúde Coletiva. 2014;19(5):1331-8.
23. Saldiva SRDM, Silva LFF, Saldiva PFN. Avaliação antropométrica e consumo alimentar em crianças menores de cinco anos residentes em um município da região do semiárido nordestino com cobertura parcial do programa bolsa família. Rev. Nutr. 2010;23(2):221-9.

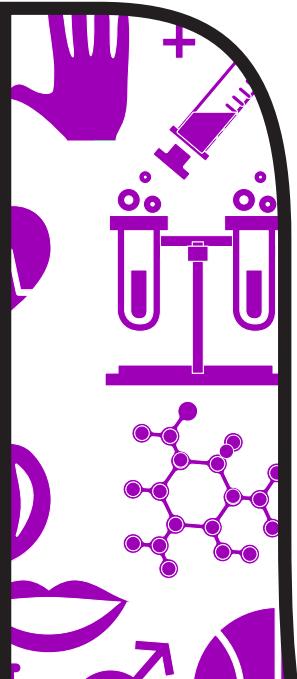
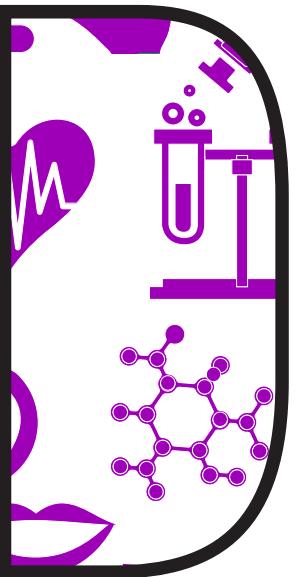
Mariana Balestrin

Endereço para correspondência – Av São Paulo, n°?
Bairro: Itapágé, CEP: 98400-000, Frederico Westphalen, RS, Brasil.
E-mail: mari_dalmolin@hotmail.com
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1909646144768599>

Vanessa Ramos Kirsten – kirsten.vr@gmail.com
Daniela Paini – paini.dani@gmail.com
Rafael Ferreira Dalmolin – rafael_dalmolin27@hotmail.com

Enviado em 07 de março de 2016.
Aceito em 20 de maio de 2016.

RELATO DE EXPERIÊNCIA



Santa Maria, v. 42, n.2, p. 215-224, jul./dez. 2016

PERFIL DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA NO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA – RS: vivências multidisciplinares para troca de saberes

PROFILE OF GESTATIONAL SYPHILIS AND CONGENITAL IN SANTA MARIA - RS: multidisciplinary experience for knowledge exchange

**Tamires Daros dos Santos¹, Nicássia Cioquette Lock², Solange Schio Lnza¹,
Andressa Baccin dos Santos³, Sandra Trevisan Beck⁴, Elenir Terezinha Rizzetti Anversa⁵,
Luciane Silva Ramos⁶, Valeria Parecida da Rosa⁷**

RESUMO

Objetivo: Descrever vivencia de acadêmicos do Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde) e o perfil da sífilis gestacional (SG) e sífilis congênita (SC) no município de Santa Maria-RS. Metodologia: Estudo descritivo de abordagem quali-quantitativa. Os dados sobre SG e SC (2007-2012) foram provenientes do sistema de informação de agravos de notificação e prontuários médicos. A especialização foi por região administrativa (RA) com busca ativa dos casos notificados. Resultados: As mães das crianças com SC eram jovens, brancas, solteiras, donas de casa e com histórico de 0 a 4 gestações anteriores. Evidenciou-se aumento de casos notificados, sendo 128 casos de SG e 73 de SC ao longo do período de 2007 a 2012. A RA com maior número de notificações foi a Oeste. Na busca ativa observou-se carência de condições básicas para subsistência e de conhecimento sobre a doença. Conclusão: As estratégias utilizadas não estão conseguindo resolver o problema nem identificar as suas causas.

Descriptores: Sífilis; Integralidade em Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To describe experiences of academics from the Labor Education Program (PET-Health) and the profile of gestational syphilis (SG) and congenital syphilis (CS) in Santa Maria-RS. Method: A descriptive study of qualitative and quantitative approach. Data on SG and SC (2007-2012) are from the information system of notification of diseases and medical records. The spatial distribution has been by administrative region (RA) with active search of reported cases. Results: Mothers of children with SC were young, white, single, housewives and historic 0-4 previous pregnancies. It showed an increase of reported cases, with 128 cases of SG 73 and SC over the period 2007 to 2012. The RA with the highest number of notifications was the West. In active search there was a lack of basic conditions for subsistence and knowledge about the disease. Conclusion: The strategies used are failing to solve the problem or identify its causes.

Descriptors: Syphilis; Completeness in Health; Public Health.

¹ Graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

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

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

⁴ Doutora em Farmácia pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil.

⁵ Mestre em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil.

⁶ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

⁷ Mestre em Geomática pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

Introdução

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) citam que no mundo ocorrem a cada ano mais de 340 milhões de novos casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), desses, 12 milhões se referem à sífilis¹. Comparado a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), a incidência de sífilis em parturientes é quatro vezes maior².

É considerada com sífilis gestacional (SG) toda a gestante que durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem apresente evidência clínica de sífilis e/ou sorologia não treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado². Estudos relatam que aproximadamente 12 milhões de pessoas, entre elas cerca de dois milhões de gestantes, estariam infectadas, constituindo assim uma tendência de aumento da incidência de SG e de sífilis congênita (SC) em todo o mundo^{3,4}.

A SC é consequência da disseminação do *Treponema pallidum* da gestante infectada para o seu bebê. Evidências da presença do treponema em fetos de poucas semanas de vida indicam que a infecção pode ocorrer em qualquer fase da gestação, inclusive antes da 16^a semana. Em gestantes não tratadas, a transmissão vertical (TV) da infecção ocorre em aproximadamente 70% dos casos na sífilis primária, 70 a 100% na sífilis secundária e 10 a 30% na sífilis latente e terciária. O grau de intensidade das manifestações da SC depende de fatores como a época de penetração do treponema, o número e a virulência de treponemas infectantes e do estado imunológico da mãe⁵.

Apesar de ser um dos mais graves desfechos adversos que podem ser prevenidos na gestação⁶, devido à possibilidade de diagnóstico precoce e tratamento relativamente simples e bastante eficaz para prevenção da SC, a ocorrência de sífilis em gestantes expõe falhas nas estratégias utilizadas, devido a não resolução do problema ou identificação das causas^{7,8}. Assim, além de uma assistência pré-natal adequada, as medidas de controle devem abranger outros momentos como: antes da gravidez e da admissão à maternidade, no momento do parto, na curetagem por abortamento ou durante qualquer outra intercorrência na gravidez. Para tal finalidade, os profissionais precisam de uma formação diferenciada, que permita ver o sujeito de forma integral e humana, dentro do seu contexto social.

A instituição de um sistema que visa a universalidade, e valorize a integralidade do indivíduo, a promoção da saúde, bem como o cuidado individualizado e humanizado, irá depender do perfil de formação e da prática dos profissionais da saúde⁹. Neste contexto, encontra-se parte da explicação para a falta de sinergismo entre a formação de novos profissionais da área da saúde na graduação com os serviços de saúde. A educação superior deve ter entre suas finalidades estimular o conhecimento dos problemas regionais, estabelecendo uma relação de reciprocidade com a comunidade, promovendo um retorno sobre os resultados de pesquisas de que participaram¹⁰.

Assim, o grande desafio das instituições de ensino superior está na quebra desta fragmentação e na inclusão da integralidade e da humanização das práticas ainda durante a formação, em enxergar a realidade além dos limites disciplinares e conceituais do conhecimento¹¹.

A interdisciplinaridade qualifica o papel do profissional, enriquece o usuário, que passa a ser visto como um sujeito complexo em sua totalidade e observa o mesmo em suas especificidades e necessidades, além de consolidar os objetivos de ações como as desenvolvidas pelo programa de educação pelo trabalho (PET- Saúde)¹².

De acordo com a Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008 que instituiu¹³ o PET-Saúde, constam entre seus objetivos estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da não dissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizada pelo Ministério da Educação.

Os dados do Ministério da saúde (2015)¹⁴ vêm mostrando que a prevalência da sífilis continua preocupante, com aumento considerável de notificações de sífilis em gestantes em todas as regiões brasileiras, variando entre 14,8% (Nordeste) a 44,7% (Sul). Isto motivou a formação de atividades acadêmicas, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar com o objetivo de verificar o perfil da SG e SC no município de Santa Maria, situado na região central do Rio Grande do Sul, bem como conhecer as características e o contexto social que envolve tais mulheres, através de experiências vivenciadas por acadêmicos participantes do PET- Saúde, desenvolvido pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) em parceria com a Secretaria de Município de Saúde/Vigilância Epidemiológica de Santa Maria-RS.

Metodologia

Foi desenvolvido um estudo descritivo de abordagem quali-qu quantitativo aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria sob o CAAE nº 12272813.9.0000.5346, estando de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012.

Inicialmente os acadêmicos de diferentes cursos da área da saúde (Enfermagem, Farmácia , Fisioterapia, Medicina, Odontologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional) participaram de oficinas pedagógicas sobre SG e SC, onde foram discutidos e elaborados folders explicativos sobre a patologia, diagnóstico e tratamento, baseados nas Diretrizes para o controle da SC¹⁵. Após estabeleceu-se contato com os processos necessários para a notificação dos agravos estudados, seleção dos dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET) disponibilizado pelo serviço de saúde, e elaboração de material destinado a coleta de informações de prontuários, bem como, estruturação da entrevista a ser realizada com as mães cujos filhos foram notificados com SC.

Para análise dos dados foram selecionados os casos notificados no período de 2007 a 2012, no município de Santa Maria- RS. Foram incluídas todas as fichas notificadas pelos estabelecimentos de saúde, enquadrado como caso confirmado pelos protocolos do Ministério da Saúde das doenças: sífilis em gestantes (CID O98. 1) e sífilis congênita (A. 509). Foram excluídos na SG, um caso pertencente à área rural do município e um caso cujo endereço não foi informado.

Após, a partir da seleção dos casos notificados como SC, foi realizada busca em prontuários médicos, de dados complementares das mães destas crianças, que haviam sido atendidas no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) ou outra instituição de saúde. Sendo disponibilizado o local da residência materna, foi realizada a busca ativa destes casos de SC, tendo em vista que tais crianças necessitam de seguimento por pelo menos dois anos.

Ao chegar às residências, as mães foram informadas dos objetivos da pesquisa e depois de sanadas as dúvidas, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram realizadas através de um questionário, com questões abertas e fechadas, buscando informações sobre o processo de acompanhamento e desfecho do agravio notificado, sobre a gestação, realização do pré-natal, se sabe o que é sífilis, sobre a transmissão da doença para a criança, se sabe sobre a forma de adquirir a doença, se conhece algum sintoma que indique a presença da infecção.

Paralelamente foi elaborada a espacialização dos agravos de notificação compulsória (SG e SC) por região administrativa (RA) do município de Santa Maria, A RA que apresentou maior número de casos foi subdividida em seus bairros quanto ao número de casos notificados de SG e SC para verificar a eficiência das ações para o controle da infecção nesta população.

Na elaboração do mapa foram utilizados arquivos *shapefiles* (shp) do município em questão no sistema de referência *Universal Transversa Mercator* (UTM), fuso 22 e datum SIRGAS 2000, como base principal de fonte de dados, além de tabelas no formato xlsx com dados quantitativos e descritivos. Para a confecção do mapa temático espacializou-se o número de casos por bairro na RA com o índice mais elevado, sendo utilizados dados do IBGE, Censo 2010, SINASC, Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria- RS.

Os dados quantitativos foram analisados através de estatística descritiva e os qualitativos conforme método descrito por Bardin (2011)¹⁶.

Resultados

A construção do conhecimento teórico sobre SC e SG , permitiu aos estudantes a oportunidade de vivenciar e de compartilhar aprendizagens potentes na temática estudada, visto que dificilmente teriam esse contato em seu núcleo profissional, conforme relato durante as oficinas realizadas. O trabalho desenvolvido proporcionou o conhecimento do SINAN-NET, até então totalmente desconhecido pelos acadêmicos. A análise dos dados dos casos notificados de SC e SG mostrou um crescente aumento de casos no município nos últimos 6 anos (2007-2012) sendo neste período a soma total dos casos notificados 128 de SG e 73 casos de SC no município de Santa Maria-RS. No ano de 2007 foram notificados 3 casos de SG e apenas 1 caso de SC. No final do período (2012), foram notificados 51 casos de SG e 30 casos de SC (Figura 1).

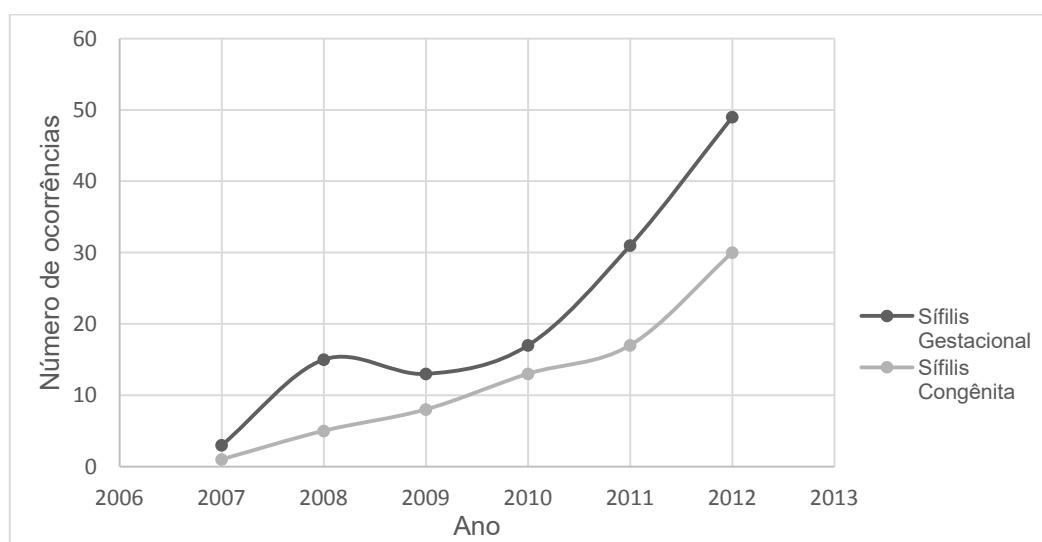


Figura 1 - Série histórica de casos notificados de Sífilis Congênita (SC) e Sífilis em Gestantes (SG) no município de Santa Maria-RS 2007-2012.

Entre as mães que tiveram seus filhos notificados com SC ($n=73$), foi possível localizar o prontuário de 59 casos, os quais foram notificados pelo HUSM ou outra unidade de saúde. Houve perda de 15 casos devido à informação incompleta, os quais foram excluídos, assim foi realizada a análise de 44 prontuários para verificar às características maternas destas mulheres. (Tabela 1).

A busca dos dados nos prontuários mostrou a falha no registro sobre o processo de tratamento da SG. Outro aspecto observado foi a troca constante de endereços domiciliares, o que impediu a busca ativa de todos os casos.

Tabela 1 - Distribuição das características maternas das mães cujos filhos foram notificados com Sífilis Congênita.

CARACTERÍSTICAS MATERNAIS						
Variáveis	Idade (anos)	Gestante N (%)	Raça	Gestante N (%)	Escolaridade (anos)	Gestante N (%)
	15 -19	4 (9,10)	Branca	25 (56,8)	Nenhuma	1 (2,3)
	20 - 24	13(29,54)	Preta	9 (13,64)	Até 7	21(47,72)
	25 - 29	4(9,10)	Parda	6 (20,45)	8 ou mais	13(29,54)
	30 - 39	12 (25,0)	NI	4 (9,10)	NI	10(20,44)
	40 - 49	3 (6,81)				
	NI	9 (20,45)				
Ocupação	Gestante N (%)	Situação Conjugal	Gestante N (%)	Número de gestações anteriores	Gestante N (%)	
Do Lar	25(56,82)	Solteira	23(52,27)	0-4	34(77,27)	
Doméstica	5 (11,36)	Casada	10(22,74)	5-9	6 (13,27)	
Outros	6 (13,64)	Divorciada	1 (2,27)	10 ou mais	1 (2,27)	
NI	8 (18,18)	Viúva	1 (2,27)	NI	3 (6,82)	
		NI	9 (20,25)			

NI: Não informado. Dados expressos em frequência e porcentagem.

Foi possível a localização de 25/44 casos através da análise dos prontuários com notificação de SC. Na entrevista, foi possível identificar que na maior parte dos casos as famílias careciam de condições básicas, seja de saneamento básico, moradia, para uma vida digna, já que, muitas famílias estavam as margens da sociedade, residindo nas regiões mais pobres da cidade.

Na entrevista, as mães relataram situações vivenciadas em que se percebeu a falta de conhecimento de muitos profissionais de saúde em relação ao tratamento da sífilis em recém-nascidos. Bem como, evidenciou-se a falta de conhecimento sobre a gravidade da doença, sua forma de contágio e importância do tratamento, uma vez que no momento do questionário, quando inqueridas sobre estes fatores, a maioria não sabia responder.

Os relatos maternos mostram que muitas vezes o diagnóstico é tardio, e que o acompanhamento do recém nascido, que necessita de punção lombar para testes laboratoriais acaba gerando mais angústia e preocupação.

“....Fiz todo o pré-natal, “tudo certinho”. Mas a doença só foi descoberta na hora do parto. Ver minha criança sofrendo para coletar amostra para os exames, se tudo tivesse certo, não teria acontecido....”

Foi verificado também que quando as crianças não apresentaram sinais e sintomas da sífilis ao nascimento, o acompanhamento médico desta criança pode não ocorrer. Houve relatos de mães, pertencentes aos grupos mais vulneráveis da sociedade, como usuárias de drogas, portadoras de problemas mentais ou profissionais do sexo, que não apresentavam condições favoráveis para a criação dos filhos, e haviam destinado estas crianças para adoção.

Na Espacialização do agravo por RA urbana dos casos notificados de SC no Município de Santa Maria-RS (2007-2012) evidenciou-se que a região com maior número de casos no período estudado foi a Oeste.

Dante deste contexto, a Figura 2 apresenta o mapa com a espacialização dos casos de SG e SC dos bairros da RA Oeste segundo SINAN-NET Santa Maria-RS, onde pode ser verificado que na maioria dos casos a SG culmina em casos de SC.

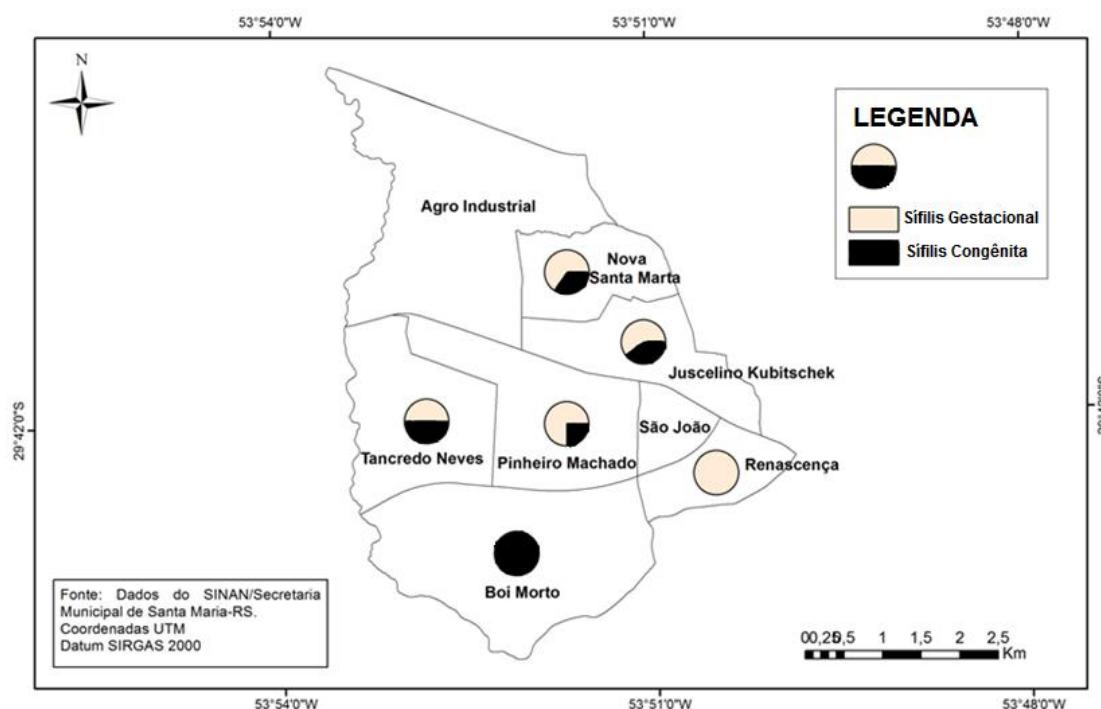


Figura 2 - Espacialização dos casos de Sífilis Gestacional e Congênita nos bairros da Região administrativa Oeste no período de 2007-2012. SINAN-NET Santa Maria-RS.

Discussão

Anualmente, três milhões de mulheres dão à luz no Brasil, considerando uma taxa de transmissão de 25% e prevalência de sífilis em 1,6% das mulheres, estima-se que aproximadamente 49 mil gestantes e 12 mil nascidos vivos estão infectados¹⁷. A cada ano, no mundo, a SG é responsável por 460.000 abortos ou natimortos, 270.000 casos de SC e 270.000 recém-nascidos prematuros¹⁸. Nas diferentes regiões do Brasil tal aumento também tem ocorrido, o que é retratado por Costa e colaboradores (2013), que avaliaram a incidência de SC na região nordeste do Brasil (Estado do Ceará), a qual teve um crescente aumento anual, confirmado a necessidade do desenvolvimento de campanhas efetivas voltadas para o controle e a prevenção desta doença¹⁹. Estes números alarmantes também são evidenciados, em menor proporção, através dos resultados do presente estudo, que mostram um aumento da sífilis no município de Santa Maria-RS, o qual vem intensificando-se a partir dos anos de 2010, 2011 e 2012.

O perfil mostrado pelas características maternas das mães cujos filhos foram notificados com SC, dos quais foi possível acesso ao prontuário materno, identificou que a maioria das gestantes era jovem, branca, dona de casa, tinham de 0 a 4 gestações anteriores e correspondia aos segmentos mais vulneráveis da população evidenciados pela baixa escolaridade. Estudo realizado por Figueiró-Filho *et al* (2012)²⁰ corrobora com tais achados, em que a média da faixa etária materna para a SG foi de 24,45 anos (\pm 6,2 anos). Já Araújo *et al* (2012)²¹ em municípios com a cobertura da Estratégia Saúde da Família, verificou o predomínio da raça negra em relação a SC (49%), dados esses que diferem do presente estudo em que a raça branca sobressaiu-se, o que pode justificar-se pois nem sempre a definição da raça é auto declarada e ainda pela diversidade encontrada em diferentes regiões. Quanto a escolaridade, Nascimento *et al* (2012)²² observou a prevalência de gestantes com sífilis com o ensino fundamental incompleto, assim como neste estudo. Considerando a ocupação, o trabalho de Mesquita *et al* (2012)²³ verificou maior número de mulheres donas de casa, assemelhando-se ao encontrado em nosso trabalho. Quanto ao número de gestações anteriores, o estudo de Holanda *et al* (2011)²⁴ realizado no Rio Grande do Norte, mostrou que as mulheres com filhos notificados com SC tiveram de 0 a 2 gestações anteriores, número menor que o encontrado no presente estudo.

O conhecimento desta realidade social pelos acadêmicos, proporcionou a ampliação do olhar dentro do campo da saúde, bem como as entrevistas que permitiram a inserção dos acadêmicos no contexto social destas mães, ampliando o conhecimento fornecido pelos dados quantitativos obtidos inicialmente no SINAN-NET, permitindo uma reflexão sobre o aumento da SG e SC em nosso município.

Assim, o contexto social em que estão inseridos que vai de encontro aos bairros mais precários da cidade e as altas taxas de criminalidade, afeta a resolução do problema para as mães, parceiros, e filhos com a SC. Dentro deste contexto, a RA oeste do município estudado, onde foram detectados os maiores números de casos de SG e SC, é caracterizado por altas taxas de criminalidade, alto risco pessoal e social para crianças e adolescentes, juntamente com a região norte, com elevados números de maus tratos, trabalho infantil e usuários de drogas²⁵. Nesta região, os dados demonstrados na figura 2, permitem refletir sobre a qualidade da atenção ao usuário. Fica evidente que na maioria dos casos, não foi possível evitar que a SG fosse devidamente tratada, evitando a infecção do recém nascido. Outros pesquisadores, tendo como base a experiência cotidiana do atendimento da pessoa nos serviços de saúde e os resultados sobre a avaliação desses serviços, também mostram que a realidade social é fator determinante para o sucesso de ações de saúde²⁶.

Experiências como as vivenciadas no Pet-saúde são de extrema importância por proporcionarem oportunidade de ações multidisciplinares, que geralmente não são experimentadas durante um curso de graduação formal, trabalho em equipe de extrema valia para o serviço, para aprendizado dos envolvidos e para a comunidade, propicia uma experiência de campo crítica e reflexiva acerca da realidade dos serviços de saúde, otimizando a troca de experiências entre diferentes profissionais e acadêmicos, fomentando a interdisciplinaridade, nem sempre presente nos cursos de graduação.

Conforme estudo de Biscarde *et al* (2014)²⁷, as repercussões pessoais e profissionais geradas após a vivência dos acadêmicos, são explicitadas pela ampliação da visão crítica das ações de saúde e a autonomia e desenvolvimento pessoal e profissional. Isto também repercutiu neste trabalho, em que, no momento da vivência da busca ativa, quando se conhece as áreas de maior vulnerabilidade da cidade e a realidade social propiciou a crítica e o posicionamento do estudante frente à realidade de saúde local.

Neste sentido, os propósitos da busca ativa vão de encontro com o estudo de Hennington²⁸, em que a extensão universitária, revela a existência da relação entre instituição e sociedade, e consolida-se através da aproximação e troca de conhecimentos e experiências entre professores, alunos e população a partir de práticas cotidianas.

O estudo de Ceccim (2006)²⁹ afirma que as vivências na realidade do SUS proporcionam a vivência das ciências e das profissões, e não somente o acesso a informação mas também a possibilidade de experimentação pelo dimensionamento do campo de atuação. Oportunidade esta que foi experimentada e atingida pelos acadêmicos que participam do programa PET-saúde no momento das vivências em locais do SUS e na busca ativa.

Assim, detendo o conhecimento científico sobre a sífilis, vem o grande desafio, como a universidade vive um momento de transformação efetiva, um desafio na formação de profissionais com perfil adequado às necessidades sociais, buscar compreender e inserir-se no contexto destas famílias, evidenciando falhas e fragilidades na assistência à saúde prestada é fundamental para que estratégias seja elaboradas visando minimizar o número de casos, o que pode ser conseguido com a articulação entre universidade-serviço-comunidade.

Considerações Finais

Com base em tais resultados, conclui-se que conhecer o perfil, o território onde esse sujeito vive e o contexto social em que está inserido é fundamental para que futuras estratégias possam ser elaboradas. Aos acadêmicos permitiu compreender que a competência profissional precisa estar associada a um compromisso social para a melhoria do cuidado com a população, e que quando forças como ensino-serviço se unem é possível mudar o que está posto através do conhecimento prático e formal que se potencializam e qualificam o cuidado.

Agradecimento

Especial agradecimento a Vigilância Epidemiológica do município de Santa Maria-RS, que forneceu transporte e motorista aos locais da busca ativa, juntamente com a enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde, viabilizando o deslocamento dos bolsistas do PET/VS, imprescindível para a realização deste trabalho.

Referências

1. World Health Organization. Guidelines for the management of sexually transmitted infection. Geneva: Switzerland; 2003. 89p.
2. FIOCRUZ: Manual de Treinamento para TR DPP® Sífilis Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/manual_sifilis_novo_pdf_25014.pdf. Acesso em 18 de Janeiro de 2016.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis. 4^a ed. Brasília (DF): PN DST/AIDS; Ministério da Saúde; 2006.
4. Passos MRL, Nahn Jr EP. Sífilis. In: Tavares W, Marinho LAC. Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias. 2^a ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2007.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica. Definição de caso de sífilis congênita. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
6. Sánchez PJ, Gutman LT. Syphilis. In: Feigin RD, Cherry JD, Demmeler GJ, et al., editors. Textbook of pediatric infectious diseases. 5th ed. Philadelphia: Elsevier-Saunders; 2004; 1724-43.
7. Valderrama J, Zacarias F, Mazin R. Sífilis materna y sífilis congénita em América Latina um problema grave de solución sencilla. Rev Panam Salud Publica. 2004; 16(3): 211-217.
8. Komka MR, Lago EG. Sífilis congênita: notificação e realidade. Scientia Medica, Porto Alegre. 2007; 17 (4): 205-211.
9. Almeida M, Feurwerker L, Llanos M. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec/ Buenos Aires: Lugar Editorial/ Londrina: Editora UEL; 1999.
10. Ministério da Educação e Cultura. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996: dispõe sobre as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União; 1996.
11. González AG, Almeida MJ. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(3): 757-762.
12. Santos MAM, Culoto LRAA. Interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família. Artigos Catarinenses de Medicina. 2003; 32(4). Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/153.pdf> acesso em: 01 de dezembro de 2015.

13. Portaria interministerial Nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html. Acesso em: 21 de junho de 2014.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico Sífilis. http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57978/_p_boletim_sifilis_2015_fechado_pdf_p_18327.pdf. Acesso em 18 de Janeiro de 2016.
15. Diretriz para o controle de sífilis congênita. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sifilis_bolso.pdf. Acesso em: 21 de junho 2014.
16. Bardin, L.(2011). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70. 2011, 229 p.
17. Saracenil V, Leal MC, Hartz ZMA. Avaliação de campanhas de saúde com ênfase na sífilis congênita: uma revisão sistemática. Ver Bras. Saúde Mater. Infant. Jul-Set. 2005; vol.5,n.3.
18. Saloojee H, Velaphi S, Goga Y, Afadapa N, Steen R, Lincetto O. The prevention and management of congenital syphilis: na overview and recomendations. Bulletin of the World Health Organization, 2004; 82(6): 424-430.
19. Costa AA, Freitas LV, Souza DMN, Chagas ACMA, Oliveira LL, Lopes, VO, Damasceno AKC. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. Rev. esc. enferm. USP vol.47 no.1 São Paulo Feb. 2013.
20. Figueiró - Filho EA, et al. Sífilis e Gestação: Estudo Comparativo de Dois Períodos (2006 e 2011) em População de Puérperas. DST - J bras Doenças Sex Transm 2012; 24 (1):30-35.
21. Araújo et al. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Pública. 2012; 46(3): 479-86.
22. Nascimento MI, et al. Gestações complicadas por sífilis materna e óbito fetal. Rev Bras Ginecol Obstet. 2012; 34 (2): 56-62.
23. Mesquita KO, et al. Análise dos casos de sífilis congênita em sobral, Ceará: Com tribuições para assistência pré-natal. DST - J bras Doenças Sex Transm 2012; 24(1): 20-27.
24. Holanda MTCG, BARRETO MA, MACHADO KMM, PEREIRA RC. Perfil epidemiológico da sífilis congênita no Município do Natal, Rio Grande do Norte - 2004 a 2007 Epidemiol. Serv. Saúde v.20 n.2 Brasília jun. 2011.
25. Melara, E Dissertação de mestrado: A dinâmica da violência criminal no espaço urbano de Santa Maria-RS, programa de pós-graduação em geografia. (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008).
26. Lima CC, Guzman SM, Benedetto MAC, Gallian DMC. Humanidades e humanização em saúde: A literatura como elemento humanizador para graduandos da área da saúde. Interface. 2014; 18 (48): 139-50 139.
27. Biscarde DGS, Santos MP, Silva LB. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. Comunicação, saúde, educação. Rev. Interface (Botucatu). 2014; 18(48): 177-86.
28. Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. Cad Saúde Pública. 2005; 21(1): 256-65.
29. Ceccim RB, Carvalho YM. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: Editora da ABRASCO, p. 69-92, 2006.

Tamires Daros dos Santos

Endereço para correspondência – Av. Ângelo Bolson, n° 357, apto 102,
Bairro: Medianeira, CEP: 97070000, Santa Maria, RS, Brasil.
E-mail: tamires.daros@gmail.com
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2644450723580402>

Nicássia Cioquette Lock – nicassialock@hotmail.com
Solange Schio Lnza – solange-lanza@hotmail.com
Andressa Baccin dos Santos – andressabaccin@hotmail.com
Sandra Trevisan Beck – stbeck.beck@gmail.com
Elenir Terezinha Rizzetti Anversa – eleanversa@hotmail.com
Luciane Silva Ramos – Luciane_silva_ramos@yahoo.com.br
Valeria Parecida da Rosa – valleriarosa@terra.com.br

Enviado em 10 de dezembro de 2015.
Aceito em 28 de março de 2016.

Santa Maria, v. 42, n.2, p. 225-231, jul./dez. 2016

SERVIÇO DE ATENDIMENTO FARMACÊUTICO AO IDOSO: relato de experiência de educação em saúde

PHARMACIST CUSTOMER SERVICE ELDERLY: report of health education experience

Sandna Larissa Freitas dos Santos¹, Rainne de Oliveira Almeida¹, Carlos Eduardo Quirino Paiva¹,
Karla Bruna Nogueira Torres Barros², Maria Luísa Bezerra de Macedo Arraes²

RESUMO

O âmbito de educação em saúde ao idoso, torna-se uma maneira de ampliar o debate acerca da saúde, bem como de favorecer a formação de profissionais com competência para cuidar nesse cenário, promovendo o desenvolvimento do conhecimento e com isso melhorar a qualidade de vida e saúde das pessoas envolvidas neste processo. Objetivo: Apresentar um relato de experiências de ações educativas em saúde à população idosa da casa de acolhida Remanso da Paz - Quixadá-CE, por meio de um projeto de extensão SAFI - Serviço de Atendimento Farmacêutico ao paciente idoso, desenvolvido pelos acadêmicos do curso de Farmácia da Faculdade Católica Rainha do Sertão, Quixadá-CE, realizado no período de agosto a dezembro de 2015. Relato da Experiência: Foi baseado em orientação e aconselhamento sobre o uso adequado de medicamentos, desenvolvendo atividades de educação em saúde, produzindo palestras informativas sobre as doenças crônicas que mais acometem a população idosa, além da execução de teste de glicemia e verificação de pressão arterial para averiguação da terapia medicamentosa. Dentre os temas abordados destacam: uso racional de medicamentos, uso de preparações caseiras de plantas medicinais, diabetes e hipertensão, problemas reumáticos, doenças cardiovasculares, sedentarismo/ alimentação, e doenças respiratórias. Por fim, foi disponibilizado material educativo sobre orientação de ações de qualidade de vida ao idoso e a importância da atuação do Farmacêutico na saúde desta população. Conclusão: Dessa forma, no contexto de educação em saúde se sobrepõe o conceito de promoção da saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana do idoso e não apenas das pessoas sob risco de adoecer, evidenciando que as ações desenvolvidas são essenciais na melhoria da qualidade de vida do idoso.

Descriptores: Atenção Farmacêutica; Saúde do Idoso; Educação em Saúde.

ABSTRACT

The health education under the elderly becomes a way to broaden the debate about health and to promote the training of professionals responsible for care in this scenario, promoting the development of knowledge and thus improve the quality of life and health of the people involved in this process. Objective: To present an account of experiences of educational actions in health elderly population will welcome the home of Remanso Paz Quixadá-CE, through an extension project SAFI - Pharmaceutical Service to elderly patient, developed by students of the course pharmacy Catholic School Queen of Hinterland, Quixadá-CE, conducted from August to December 2015. Report of Experience: it was based on guidance and advice on the proper use of drugs, developing health education activities, producing informative talks on chronic diseases that most affect the elderly, as well as blood glucose test run and checking blood pressure for investigation of drug therapy. Among the topics highlighted: rational use of drugs, use of homemade herbal preparations, diabetes and hypertension, rheumatic problems, cardiovascular disease, sedentary lifestyle / nutrition and respiratory diseases. Finally, educational material on guidance quality of life actions to the elderly and the importance of the pharmacist involved in the health of this population was made available. Conclusion: Thus, in health education context overlaps the concept of health promotion, such as a broader definition of a process that includes the participation of the entire population in the context of their everyday life of the elderly and not only people under risk of becoming ill, showing that the developed actions are essential to improve the quality of life of the elderly.

Descriptors: Pharmaceutical Care; Health of the Elderly; Health Education.

¹ Acadêmica(o) de Farmácia na Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS), Quixadá, CE, Brasil.

² Graduada em Farmácia pela Faculdade Católica Rainha do Sertão (FCRS), Quixadá, CE, Brasil.

Introdução

A proporção de idosos na população brasileira vem crescendo rapidamente, configurando um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, ou seja, a queda das taxas de fecundidade e o aumento da expectativa de vida começaram a alterar sua estrutura, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional e alargando seu ápice. Isto o que ocorrência redefinição nas responsabilidades familiares e nas demandas por políticas públicas de saúde, alterando até mesmo as relações de gênero no seio familiar¹.

Em geral, com o aumento da idade cronológica, ocorre uma maior prevalência de condições crônicas de saúde, o que predispõe os idosos um maior consumo de medicamentos, apresentando assim, peculiaridades se comparado ao restante da população. Soma-se, assim com a falta de qualidade da terapia medicamentosa, a presença de polifarmácia, o uso de medicamentos inadequados e a duplicitade terapêutica, o que contribui para ocorrência de reações adversas e interações medicamentosas².

O conhecimento do perfil de utilização de medicamentos da população geriátrica é essencial relacionado ao delineamento de estratégias de prescrição racional de medicamentos para idosos dependentes do setor público e privado³. Estudos têm mostrado que a intervenção farmacêutica por meio de ações educativas e orientações sobre o regime terapêutico traz benefícios à saúde do paciente e ao processo de promoção da saúde. Essa orientação deve ser destinada não só ao paciente idoso, mas também ao seu acompanhante, familiar, cuidador e, ainda, ao médico prescritor e demais profissionais de saúde envolvidos diretamente na assistência à saúde²⁻³.

É essencial realizar habilidades de comunicação com os pacientes em Atenção Farmacêutica para alcançar melhores resultados com as intervenções propostas⁴. Entretanto, o aconselhamento acerca do uso racional de medicamento é prática importante para a população em geral e em especial para o idoso, em função da presença frequente de múltiplas patologias, requerendo terapias diferentes, as quais podem resultar no uso concomitante de vários medicamentos².

Dante disso, o estudo tem como objetivo apresentar um relato de experiência de ações educativas e orientações sobre o regime terapêutico como aspecto benéfico à saúde do paciente idoso e ao processo de promoção da saúde, apresentando estratégias facilitadoras para implantar o serviço de Atenção Farmacêutica ao idoso e que esses recursos sejam um referencial aos estabelecimentos de saúde.

1.1 A POLIMEDICAÇÃO EM IDOSOS

Nos últimos anos a perspectiva de vida tem crescido numericamente e com isso a quantidade de idosos também, aumentando o índice populacional e a procura por medicamentos para auxiliar em uma melhor qualidade de vida. Isso se deve á ações de saúde pública como vacinação, saneamento, programas de prevenção e promoção da saúde do idoso e também, aos avanços técnico - científicos das ciências do âmbito da saúde⁵.

O fácil acesso aos medicamentos, características do médico e do paciente, bem como a reduzida frequência de uso de meios não-farmacológicos para as doenças, atuam como os diversos fatores que levam à polifarmácia. Porém, evitar a polifarmácia é de importância significativa, pois quanto maior o número de medicamentos utilizados, maior é a chance de interações medicamentosas, salientando-se que nas fases de testes de ensaios clínicos feitos com fármacos a serem comercializados, a população idosa é muitas vezes excluída (por questões éticas, entre outras razões), de modo que as informações sobre a eficácia e a segurança do uso nesse grupo acabam sendo escassas⁶.

A prática da polifarmácia em muitos casos se justifica pelo quadro de doenças apresentado pelo indivíduo, fornecendo benefício no controle de muitas condições crônicas, e tem sido definida de diferentes formas desde a qualidade até a quantidade de medicamentos utilizados. A definição qualitativa é a prescrição, administração ou uso de mais medicamentos do que está clinicamente indicado ao paciente. Já a definição quantitativa da polifarmácia apresenta várias classificações, partindo desde o uso de dois ou mais medicamentos, até o uso de seis ou mais⁷.

Para se entender e prevenir esta prática, além de tratar suas complicações, o profissional farmacêutico que atende o público geriátrico deve ter o conhecimento que abrange desde as alterações orgânicas fisiológicas do envelhecimento, que irá influenciar no metabolismo dos fármacos, bem como a farmacologia das substâncias prescritas, suas possíveis interações medicamentosas e efeitos adversos. Deve estar ciente também das dificuldades encontradas pelo idoso em orientar-se nas prescrições médicas e na dificuldade do apego terapêutico, e na realidade socioeconômica individual desses pacientes, sendo que este é um fator muito importante na saúde coletiva⁸.

1.2 A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA AO IDOSO

O termo Atenção Farmacêutica foi adotado e oficializado no Brasil a partir de deliberações entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em 2002, Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS), entre outros. Definida como: “um modelo de prática farmacêutica, unindo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida⁹.

As atribuições do farmacêutico no âmbito da atenção à saúde estão associadas em obter e manter dados sobre os medicamentos utilizados pelo paciente e informações relevantes sobre sua saúde. Quando inexistentes, identificar problemas relativos aos medicamentos, efeitos colaterais, interações medicamentosas, uso incorreto de medicamentos, além de elaborar e implementar o plano de atenção farmacêutica (educação, orientação, intervenções e parâmetros farmacêuticos)⁴. Quando executadas, em sua totalidade ou em parte, essas ações acrescentarão valor à terapia medicamentosa por contribuírem positivamente para o uso seguro e custo-efetivo dos medicamentos, levando a resultados positivos e aprimorando a atenção à saúde⁵.

Porém, de acordo com Gomes e Caldas, (2008)¹⁰ faz-se necessário mediante o conhecimento da realidade dos idosos do Brasil, bem como, observando-se as dificuldades e necessidades dessa população em relação ao estado favorável de saúde, estabelecer com esse paciente idoso uma propedêutica onde se considere o uso racional de medicamentos. Por isso, é preciso repensar a atuação dos profissionais de saúde no âmbito de sua qualificação para lidar com o idoso.

1.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO IDOSO

A educação em saúde é aquela que se baseia no diálogo e na troca de saberes, constituindo-se um verdadeiro intercâmbio entre o saber científico e o popular, de modo que cada um tem muito a ensinar e muito a aprender. A comunicação na atenção à saúde é algo que se constrói em uma ação intencional, dirigida e orientada para um interesse concreto. Os processos comunicativos baseiam-se em escutar o outro para compreender quais as suas crenças, sua situação e suas possibilidades e poder atuar conjuntamente¹¹.

A educação, portanto, é um dos meios para vencer os desafios impostos aos idosos pela idade e pela sociedade, propiciando-lhes o aprendizado. Como exemplo pode-se citar que programas de educação em osteoporose, sem dúvida, aumentam o nível de conhecimento, atenção e cuidados com a saúde óssea, mostrando a necessidade de contínuo esforço em projetos dessa natureza¹².

No processo de envelhecimento, o idoso sofre modificações biológicas, fisiológicas, cognitivas, patológicas e socioeconômicas necessitando, portanto, de atenção especial. No entanto, as particularidades da idade não podem definir que o idoso seja um ser doente, e sim que tais modificações podem ser adaptáveis a uma vida ativa e saudável. Torna-se fundamental que os profissionais de saúde tomem consciência dos fatores determinantes desse processo, compreendendo sua complexidade e atuando em prol da promoção da saúde desses idosos. Com isso, uma das alternativas mais importantes para assegurar a autonomia e independência do idoso, como também o envelhecer saudável, são as ações educativas¹³.

A educação em saúde então visa promover o desenvolvimento do conhecimento e com isso melhorar a qualidade de vida e saúde das pessoas envolvidas neste processo. A implementação de atividades que envolvam ações educativas com idosos, torna-se uma maneira de ampliar o debate acerca dessas questões, bem como de favorecer a formação de profissionais com competência para cuidar nesse cenário¹⁴.

Relato de Experiência

O Serviço de Atendimento Farmacêutico ao Idoso (SAFI) desenvolveu-se na casa de apoio aos idosos “Remanso da Paz” município de Quixadá-CE, a qual é uma instituição filantrópica que realiza atividades ocupacionais e educativas, sendo mediadas por profissionais voluntários. A experiência foi desenvolvida por acadêmicos do curso de Farmácia da Faculdade Católica Rainha do Sertão-FCRS- Quixadá-CE, com o intuito de aperfeiçoar o conhecimento nas atividades

relacionadas à Atenção Farmacêutica, com ênfase ao paciente idoso, com a participação de 22 idosos, elaborado no período de agosto a dezembro de 2015.

Destes, 16 (72,7%) eram mulheres e 6 (27,3%) homens, na faixa etária de 60 a 90 anos. Quanto ao estado civil 12 (54,54%) eram viúvos, 4 (18,18%) solteiros, 4 (18,18%) casados e 2 (9,10%) separados. Sobre a escolaridade, 9 (40,90%) possuem ensino médio, 6 (27,3%) ensino fundamental, 6 (27,3%) não são alfabetizados e 1 (4,5%) ensino superior. Com relação as comorbidades, houve maior prevalência entre os participantes de hipertensão (58%) e diabetes (42%). Para a coleta desses dados foi aplicado um questionário.

Esses dados assemelham-se com os de Leite-Cavalcanti¹ et al. (2009)¹⁵ o qual em uma amostra de 117 idosos, 78,6 % utilizam medicamentos e 82,1 % possuíam alguma doença crônica não-transmissível, sendo mais frequentes a hipertensão arterial (56,4 %), as dislipidemias (33,3 %) e o diabetes mellitus (20,5 %). Santos et al. (2013)¹⁶, em sua pesquisa evidenciou o sexo feminino com maior prevalência de hipertensão, sendo que 70% de internações por idosos foram causadas por Diabetes mellitus e 65% por Hipertensão.

O projeto contou com a realização de acompanhamento farmacoterapêutico (Figura 01) aos pacientes portadores das doenças crônicas, prestando orientação e aconselhamento sobre o uso adequado de medicamentos, bem como avaliação da terapia medicamentosa, desenvolvendo atividades de educação em saúde voltadas para a melhoria da qualidade de vida de pacientes idosos, e assim intensificando o processo ensino e aprendizagem, incluindo o discente na prática de Atenção e Farmacêutica na geriatria.



Figura 01 - Conversa com idoso para acompanhamento farmacoterapêutico.

Os encontros ocorriam semanalmente, por meio de palestras e rodas de conversas explicativas (Figura 02 e 03), com uso de cartazes explanando as causas e a importância do controle das diversas patologias, e esclarecimento das dúvidas dos idosos participantes. Foram abordados temas como, uso de plantas medicinais, com aconselhamento de como usar corretamente e as preparações caseiras, alimentação saudável, uso racional de medicamentos, e doenças de maior ocorrência na população idosa, como Hipertensão, Diabetes, Osteoporose, Acidente Vascular Encefálico, dentre outras³.



Figura 02 - Atividade educativa realizada através do projeto SAFI. Palestra “O uso racional de Medicamentos”.

No decorrer das atividades educativas, os acadêmicos realizavam conversas individuais referentes à terapia medicamentosa dos idosos, com orientação da posologia correta e a verificação de interações medicamentosas com alimentação e/ou com outros medicamentos, além de reações adversas que pudessem ocorrer pelo uso comitente de diversos medicamentos, evidenciando a prática da polimedicação e a ocorrência de efeitos colaterais. Para orientações sobre o uso como horários e a quantidade de medicamentos, foi disponibilizada aos idosos, uma tabela (Figura 03) com o objetivo de facilitar a utilização e minimizar efeitos tóxicos ocasionados pelo uso inadequado daqueles idosos que são polimedicados.

Observou-se que os idosos absorviam as inúmeras informações sobre os diversos assuntos tratados, ficando isso bastante explícito em algumas frases citadas pelos participantes: “Vocês deixaram o medicamento mais fácil”, “Vocês foram diretamente ao assunto, com isso nós aprendemos melhor”, “Antes eu tomava o chá e o remédio, aí vocês disseram o seguinte, qualquer remédio toma só com água”, além da participação efetiva e mútua de dúvidas que surgiam sobre os assuntos.

Faculdade Católica Rainha do Sertão
Curso de Farmácia
SAFI- Serviço de Atenção Farmacêutica ao paciente Idoso
TABELA DE ORIENTAÇÃO FARMACÊUTICA

Figura 03 - Tabela de Orientação Farmacêutica.

Além disso, ações como aferição de pressão arterial e teste de glicemia (Figura 04) foram objetivadas para a melhor assistência da terapia dos idosos, com o monitoramento e orientação quanto aos resultados dos testes elevados ou minimizados tendo supervisão da Farmacêutica Maria Luísa Bezerra de Macedo Arraes (Registro do Conselho Regional de Farmácia:4557). De acordo com Brum *et al* (2012)¹⁵, exames de triagem mostram-se indispensáveis para o acompanhamento dos valores séricos de idosos hipertensos e diabéticos que para evitar alterações, e ainda avaliar a adesão da terapia medicamentosa.



Figura 04 - Teste de glicemia capilar e verificação de Pressão arterial pelos acadêmicos de farmácia aos idosos da casa de apoio “Remanso da Paz”.

Ao final do projeto, foi disponibilizado um material educativo (Figura 06) sobre o uso racional de medicamentos aos idosos, com o propósito de fixar os assuntos e conhecimentos repassados, bem como favorecer a transmissão de informações para as demais pessoas envolvidas na saúde do idoso, como familiares e vizinhos. Pois de acordo com Gutierrez & Minayo (2010)¹⁷, o cuidado com a saúde é realizado com uma ligação estável de uma série de elementos envolvidos, como estado emocional, físico, vínculo familiar, ambiente de trabalho, e residencial.

O informativo é composto por instruções para manter uma farmacoterapia eficaz, como evitar bebidas alcoólicas, realizar sempre o tratamento de acordo com a prescrição do profissional habilitado guardar os medicamentos em locais arejados e longe de crianças, não tomar medicamento vencido, tomar sempre os medicamentos na hora correta, evitando esquecer colocando-o em locais de fácil lembrete, ou usar despertadores.



Figura 05 - Material Informativo sobre o uso racional de medicamentos aos idosos.

Considerações Finais

A prática da Atenção Farmacêutica está baseada na interação entre pacientes, familiares, profissionais de saúde e outros farmacêuticos. Esta interação social tem sido vista como a maior indutora da satisfação do paciente em relação aos serviços de saúde e ao desenvolvimento de um tratamento medicamentoso eficaz.

O projeto SAIFI fortaleceu a adesão da farmacoterapia aos idosos, possibilitando a transmissão de informações sobre as doenças e o uso racional de medicamentos. Somado a isso, observa a contribuição à formação acadêmica dos estudantes de farmácia, que puderam expor seu conhecimento na prática diária, prestando a orientação Farmacêutica aos idosos, desenvolvendo uma terapia medicamentosa eficaz.

Evidencia-se, assim a importância da realização de atividades de educação em saúde à população idosa, e que no ato de cuidar do ser idoso e de seu cuidador não devemos focar nossas ações nos agravos de saúde, mas priorizar a promoção, manutenção e recuperação da saúde. Com isso, acredita-se que ao valorizar as trocas interpessoais permeadas pelo diálogo, ressaltando a importância do conhecimento popular poderemos superar as lacunas existentes nas práticas educativas de saúde tradicionais, e favorecer uma assistência farmacêutica qualificada.

Referências

1. Nóbrega O T, Karnikowski M G O. A terapia medicamentosa no idoso: cuidados na medicação. Ciênc Saúde Coletiva [online]. 2005;10(2):309-13.
2. Aguiar P M, Lyra J D P, Silva D T, Marques T C. Avaliação da farmacoterapia de idosos residentes em instituições asilares no nordeste do Brasil. Lat. Am J Pharm. 2008;27(3):454-9.
3. Novaes M R C G. Assistência farmacêutica ao idoso – uma abordagem multiprofissional. Brasília: Thesaurus; 2007, p. 245.
4. Meneses A L L, Sá M L B. Atenção farmacêutica ao idoso: fundamentos e propostas. Geriatria & Gerontologia. 2010;4(3):154-161.

5. Almeida R O, Paiva C E Q, Ferreira S C H, Paiva Y C S. Prado. R. M. S. A importância da atenção farmacêutica para os pacientes geriátricos, 2014.
6. Costa R M, Lima V A B, Paiva I G, Sousa P T P, Lima L G. Uso de medicamentos por idosos: algumas considerações Geriatria & Gerontologia. 2008; 3(2):126-131.
7. Silva A L. Estudo de utilização de medicamentos por idosos brasileiros. Belo Horizonte, 2009.
8. Silva et al. Polifarmácia em geriatria. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 56 (2): 164-174, abr.-jun. 2012.
9. Opas- Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. / Organizado por MARIN, et al. Rio de Janeiro. 373p. 2002.
10. Gomes H O, Caldas C P. Uso Inapropriado de Medicamentos pelo Idoso: Polifarmácia e seus Efeitos. Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto, UERJ Ano 7, Janeiro / Junho de 2008.
11. Silva D C T, Silva K, Leal M J S. Educação na saúde do idoso. Faculdade Santa Marcelina. Anais. revista Kairós, São Paulo, 12(1), jan. 2009, pp. 275-330.
12. Chrispino M L, Andrade M. A educação em saúde aos idosos atendidos pelo psf. Informe-se em promoção da saúde, v.6, n.1.p.07-09, 2010.
13. Martins J J, Barra D C C, Santos T M, Hinkel V, Nascimento E R P, Albuquerque G L, Erdmann A L. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 09, n. 02, p. 443 - 456, 2007.
14. Brum D J T, Soccol K L S, Terra M G. Educação em saúde com idosos em grupos da "terceira idade". 2012.
15. Christiane Leite-Cavalcanti¹, Maria da Conceição Rodrigues-Gonçalves¹, Luiza Sonia Rios-Asciutti¹ e Alessandro Leite-Cavalcanti. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. Rev. salud pública. 11 (6): 865-877, 2009.
16. Santos VCF, Kalsing A, Ruiz ENF, Roese A, Gerhardt TE. Perfil das inter- nações por doenças crônicas não-transmissíveis sensíveis à atenção primária em idosos da Metade Sul do RS. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(3):124-131.
17. Gutierrez D M D, Minayo M C S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):1497-1508, 2010.

Sandna Larissa Freitas dos Santos

Endereço para correspondência - Av. Plácida Castelo, nº 1909,

Bairro: Centro, CEP: 63.900-000, Quixadá, CE, Brasil

E-mail: sandy.lary@hotmail.com.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7135170516978521>.

Rainne de Oliveira Almeida – rainnealmeida26@hotmail.com

Carlos Eduardo Quirino Paiva – dudu-paiva1@hotmail.com

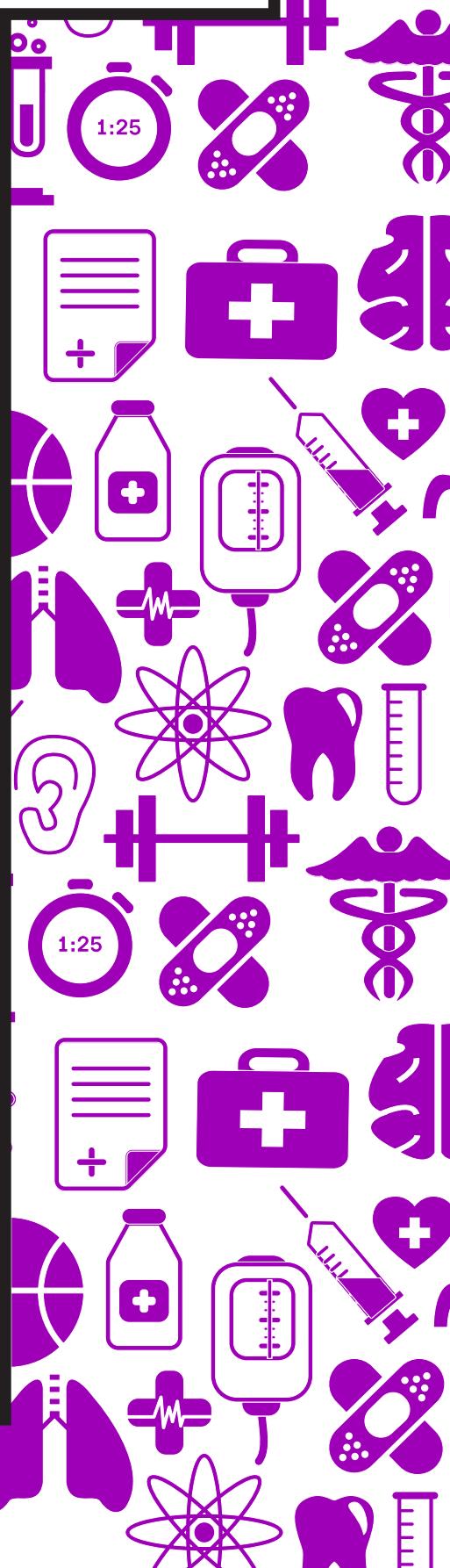
Karla Bruna Nogueira Torres Barros – karlabruna1@hotmail.com

Maria Luísa Bezerra de Macedo Arraes – mariaarraes@fcrs.edu.br

Enviado em 21 de março de 2016.

Aceito em 31 de maio de 2016.

TERAPIA OCUPACIONAL



Santa Maria, v. 42, n.2, p. 233-244, jul./dez. 2016

A QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS DE UM MUNICÍPIO NO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

QUALITY OF PEOPLE LIVING WITH DIABETES MELLITUS IN A CITY IN THE INTERIOR OF RIO GRANDE DO SUL

Tayane Silva da Silva¹, Aline Sarturi Ponte², Jodeli Pommerehn³, Miriam Cabrera Corvelo Delboni⁴

RESUMO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica não transmissível que exige tratamento, controle, mudanças de hábitos e rotina, estes fatores causam impactos no cotidiano e na Qualidade de Vida (QV) dos sujeitos acometidos pela doença. Objetivo: Avaliar a QV de pessoas com DM usuárias de um serviço ambulatorial hospitalar localizado na região central do Estado do Rio Grande do Sul, RS/Brasil. Metodologia: Pesquisa quantitativa do tipo descritiva baseada na correlação de Pearson. Utilizaram-se dois instrumentos para coleta de dados, o Questionário de Informações Sociodemográficas e a Escala Paid. Na análise dos dados utilizou-se o software *Statistical Package for Social Science 15.0* (SPSS). Resultados: A amostra foi composta por de 20 sujeitos, sendo que 60% de indivíduos do sexo masculino, com média de idade de 59,25 ($\pm 10,38$) anos e 40% do sexo feminino, idade média de 60,00 ($\pm 8,12$) anos. A dimensão definida como a mais problemática pelos entrevistados foi a que se refere a problemas emocionais relacionados ao diabetes. Conclusão: O tempo para o início do tratamento, apoio social, fatores emocionais e a preocupação com as consequências da doença (principalmente as amputações e ulcerações) apresentaram-se neste estudo como fatores que influenciam na QV dos sujeitos após o diagnóstico de DM.

Descritores: Diabetes Mellitus; Qualidade de Vida; Percepção Social; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is a non-communicable chronic disease that requires treatment, control, habits and routine changes, these factors cause impacts on daily life and quality of life (QOL) of individuals affected by the disease. Objectives: Evaluate the QOL of people with DM attending a hospital outpatient clinic located in the central region of the State of Rio Grande do Sul, RS/Brazil. Methodology: Quantitative descriptive research based on Pearson correlation. They use two instruments for data collection, the Sociodemographic Information Questionnaire and Scale Paid. In the data analysis used the software Statistical Package for Social Science 15.0 (SPSS). Results: The sample consisted of 20 subjects, 60% of males, with a mean age of 59.25 (± 10.38) years and 40% female, mean age 60.00 ($\pm 8,12$) years. The dimension defined as the most problematic for individuals was referred to emotional problems related to diabetes. Final Thoughts: The time for the start of treatment, social support, emotional factors and concern about the consequences of the disease (mainly amputations and ulcers) presented in this study as factors that influence the QOL of subjects after the diagnosis of DM.

Descriptors: Diabetes Mellitus; Quality of Life; Social Perception; Primary Health Care.

¹ Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

² Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

³ Mestranda em Distúrbios da Comunicação Humana na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

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

Introdução

Dados apresentados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), estimam que existam mais de 347 milhões de pessoas diagnosticadas com Diabetes *Mellitus* (DM)¹. Estudos realizados no ano de 2013, pela Federação Internacional do Diabetes (IDF) indicaram que 11,9 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos foram diagnosticadas com DM no Brasil², este dado coloca o Brasil em quarto lugar no ranking da doença no mundo³. A DM é um doença de múltipla etiologia, classificada com uma Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)⁴, divide-se em dois tipos a Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1) e o Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2)⁵.

O aumento da longevidade da população brasileira provocou importantes mudanças no perfil epidemiológico da população, com predomínio das DCNT sobre as doenças infecciosas e parasitárias^{6,7}. Levantamentos do Ministério da Saúde, apontam que a proporção de mortes por DCNT triplicou entre 1930 e 2006, e que os principais fatores de risco são as doenças do aparelho circulatório a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o DM⁸.

A DM “vem aumentando, o que se caracteriza como uma epidemia mundial e um problema de saúde pública”^{9:485}, resultante da deficiência e/ou da incapacidade da insulina atuar adequadamente no organismo. A insulina é um hormônio que regula o metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas, portanto a carência desta no organismo resulta em um quadro de hiperglicemia que acaba danificando gravemente muitos órgãos e sistemas (especialmente nervos e vasos sanguíneos)⁵.

Os hábitos de vida (tabagismo, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas) a obesidade, HAS e presença de doenças vasculares periféricas associadas a fatores como faixa etária, cuidado com membros inferiores e superiores, carência cuidado preventivo/educativo pós-diagnóstico e pouca eficiência dos Serviços de Atenção Primária em Saúde (APS), corroboram com a formação de lesões ulcerativas consequentemente infecções e gangrenas evoluindo para amputações de extremidades acometendo principalmente nos membros inferiores, resultando em incapacidade, invalidez (aposentadoria precoce) e até mesmo óbito⁵.

Após o diagnóstico de DM preconiza-se o acompanhamento dos sujeitos pela APS, em alguns casos estes sujeitos não recebem o cuidado de saúde necessário. Esta falta de atenção em saúde aumenta o risco de complicações da doença e contribui para sobrecarga dos níveis de Atenção Secundário e Terciário¹⁰. Devido à complexidade do DM, ela foi incorporada progressivamente na atenção às DCNT com enfoque ao cuidado multiprofissional. Mas apesar dos benefícios desta forma de cuidado para o controle metabólico e a redução dos fatores de riscos associados às complicações do DM, sua implantação ainda representa um grande desafio na saúde¹¹.

Diante disso, sabe-se da necessidade do fortalecimento das ações de integrativas, previstas do Sistema Único de Saúde – SUS¹². Tais ações com vistas a prevenir as complicações em saúde que demandem de cuidados em nível de média e alta complexidade (diminuindo os custos destes setores)¹³. O acompanhamento pela APS de pessoas com DM, preconizado pelo SUS, visa o controle da doença, através de conscientização, medicação, acompanhamento e orientação. Tais ações visam a prevenção e a Qualidade de Vida (QV) dos sujeitos¹⁴.

A definição de QV defendida pela OMS foi criada pelo WHOQOL Group e é resultado de um consenso internacional, representando uma perspectiva transcultural, bem como multidimensional, este grupo define QV como, “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”^{15:28}.

A QV abrange o sujeito em toda a sua subjetividade, considerando a complexa influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características salientes do respectivo meio ao qual o mesmo está inserido^{15,16-18}.

Além das DCNT tornarem-se um problema de saúde pública elas também ameaçam a QV, pois interferem no cotidiano e em todos os aspectos da saúde física, social e psíquica das pessoas⁴. Sendo assim, avaliar a percepção da QV das pessoas com DM pode ser uma forma de compreendermos o impacto das modificações no cotidiano da pessoa que se descobre diabética.

Este estudo tem como objetivo avaliar a QV de pessoas com DM usuárias de um serviço ambulatorial hospitalar localizado na região central do estado do Rio Grande do Sul, RS.

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo transversal¹⁹. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o estudo foi desenvolvido após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sob o número de parecer 083632/2013, conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), referente à pesquisa com seres humanos.

A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro a agosto de 2013. Esta respeitou os seguintes critérios de inclusão, pessoas de ambos os sexos; idade igual ou superior a 18 anos (público atendido pelo Ambulatório Vascular de um hospital escola de uma universidade pública do interior do Rio Grande do Sul); com diagnóstico de DM tipos 1 ou 2; e que estivessem em atendimento no referido serviço durante a coleta de dados deste estudo.

Participaram do estudo deste estudo 20 sujeitos, estes foram entrevistados na sala de espera do Ambulatório Vascular do hospital, todos os questionários foram aplicados por uma das pesquisadoras. Os instrumentos utilizados na coleta foram um Questionário de Informações Sociodemográficas, elaborado pelas pesquisadoras e a *Escala Problems Areas in Diabetes* (PAID).

A PAID é um instrumento validado no Brasil, que avalia a partir da ótica dos sujeitos o impacto do DM (tipo 1 e 2) e do tratamento em suas vidas²⁰. Este instrumento contém 20 questões relacionadas a viver com DM e seu tratamento, estas abordam aspectos emocionais (culpa, raiva, depressão, preocupação e medo) enfrentados por estes sujeitos²⁰⁻²¹.

A PAID produz um escore total que varia de 0-100, onde um escore mais baixo (perto de 0) indica menor sofrimento emocional e o mais alto (próximos de 100) indica um alto nível de sofrimento emocional. Utiliza uma escala *Likert* de cinco pontos, estes variam de 0 a 4, onde, 0 não é um problema, 1 é um pequeno problema, 2 é um problema moderado, 3 é quase um problema sério e 4 é um problema sério. O escore total de 0-100 total é alcançado pela soma das respostas de 0-4 dadas nos 20 itens do PAID e multiplicando esta soma por 1,25²⁰⁻²¹.

No Brasil foi realizado um estudo com 146 pessoas com DM tipo 2. Os resultados da pesquisa demonstraram boa consistência interna (Alfa de Cronbach = 0,93). A versão brasileira da escala apresenta condições psicométricas e validade satisfatórias. Pode ser considerada como uma ferramenta de avaliação do impacto do DM na QV destes sujeitos²⁰⁻²¹.

Para a análise dos dados foi utilizado o software *Statistical Package for Social Science* 15.0 (SPSS), com nível de confiança de 5%.

Um dos procedimentos metodológicos utilizados foi a correlação de Pearson com este analisou-se as dimensões do PAID com as variáveis: idade, tempo de diagnóstico e tempo de tratamento.

Na avaliação da comparação de sexo (masculino e feminino) em relação as dimensões do PAID, foi testada a normalidade de cada uma variáveis e a analisado o tipo de teste a ser utilizado. Como eram dois grupos independentes com distribuição não normal foi aplicado o teste *Mann Whitney*. Igual procedimento foi realizado para avaliar a comparação às dimensões do PAID em relação a ter ou não lesão.

Resultados

Foram entrevistadas 20 pessoas com DM, a partir dos dados coletados traçou-se um perfil da população assistida no Ambulatório Vascular desta instituição. Este serviço presta atendimento a toda à região central do Rio Grande do Sul, RS, sendo um serviço de referência no interior do Estado.

Os participantes eram de ambos os性, sendo que 12 (60%) eram do sexo masculino e 8 (40%) eram do sexo feminino (Tabela 1). A idade dos participantes deste variou entre 42 e 76 anos, a média de idade dos homens foi de 49,3 anos e das mulheres de 50,7 anos. Os sujeitos que tem DM tipo 1, tem uma média de idade de 59,6 anos, e tempo de conhecimento da doença igual ao tempo de tratamento, que nesse caso é de 12,5 anos. Já os sujeitos com de DM tipo 2, tem uma idade média de 59 anos, o tempo de tratamento é menor que o tempo de conhecimento, sendo que o tempo de conhecimento é de 11,5 anos, e tempo médio de tratamento de 10,8 anos.

A maioria dos participantes residia no de Santa Maria, RS (14 [70%]) e 6 (30%) residiam em outros municípios vizinhos. Quanto a atividade de trabalho, 14 (70%) participantes estavam aposentado no momento do estudo e 6 (30%) eram profissionalmente ativos, as atividades de trabalho mencionada pelos participantes foram doméstica, do lar e autônomo.

Tabela 1 - Distribuição das variáveis sociodemográficas entre os participantes da pesquisa n=20.

Variáveis	Frequência (n)	Percentual (%)
Sexo		
Feminino	8	40%
Masculino	12	60%
Região de procedência		
Santa Maria, RS	14	70%
Outros municípios	6	30%
Profissionalmente Ativo		
Não	14	70%
Sim	6	30%
Tipo de Diabetes Mellitus (DM)		
DM 1	8	40%
DM 2	12	60%
Hereditário		
Não	1	5,3%
Sim	19	94,7%
Lesão no pé		
Não	10	50%
Sim	10	50%
Outra Doença Associada		
Não	11	55%
Sim	9	45%
Vista ACS¹		
Não	8	40%
Sim	12	60%
Cuidado com a Alimentação		
Não	6	30%
Sim	14	70%
Atividade Física		
Não	11	55%
Sim	9	45%

¹ACS - Agente Comunitário em Saúde

Em relação ao tipo de DM, a maioria relatou ter DM do tipo 2, sendo 12 (60%) dos participantes e 8 (40%) tem diagnóstico de DM do tipo 1. Apenas um participante relatou que a doença não é hereditária. Quanto as lesões decorrerem da DM metade (10 [50%]) dos participantes mencionaram ter lesões relacionadas a essa doença, em sua totalidade, nos pés (Tabela 1). Destes 10 participantes 8 (40%) foram submetidos a processos cirúrgicos para amputação.

Quanto a outras doenças, percebeu-se que 45% dos participantes tem alguma outra doença associada a DM, a mais comum, foi a HAS, acometendo 8 (40%) participantes, as outras doenças associada foram relacionadas a problemas renais.

Quando os participantes são questionados sobre os cuidados para controlar a DM, 14 (70%) relataram ter algum cuidado nutricional e 6 (30%) relaram não cuidar da alimentação. Referente as atividades físicas apenas 9 (45%) mencionaram alguma prática de esportes e 11 (55%) não praticam nenhum tipo de atividade física.

Na Tabela 2 pode-se observar que a dimensão definida como a mais problemática pelos participantes foi a que se refere a problemas emocionais relacionados ao DM, os itens o que pior foram avaliados dentro desta dimensão foram “Ficar brabo/irritado quando pensa em viver com diabetes” com média de 2,1 ($\pm 1,8$), “Preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de sérias complicações”, com média de 2,4 ($\pm 1,7$) e “Lidar com as complicações do diabetes” com média de 2,3 ($\pm 1,8$), logo esses itens são considerados pelos entrevistados como um problema moderado (Tabela 2).

Tabela 2 - Dimensões da escala PAID n=20.

Dimensões e os itens correspondentes	A	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Problemas emocionais relacionados ao Diabetes Mellitus	0,7	1,4	1,6		
Sentir medo quando pensa em viver com Diabetes		0,8	1,6	0	4
Ficar deprimido quando pensa em ter que viver com Diabetes		0,4	1	0	4
Não saber se seu humor ou sentimentos estão relacionados com o seu Diabetes		1	1,4	0	4
Preocupar-se com episódios de glicose baixa		1,7	1,8	0	4
Ficar brabo /irritado quando pensa em viver com Diabetes		2,1	1,8	0	4
Sentir que o seu Diabetes é um peso para você		0,9	1,4	0	4
Preocupar-se com o futuro e com a possibilidade de sérias complicações		2,4	1,7	0	4
Sentir-se culpado(a) ou ansioso(a) quando você deixa de cuidar do seu Diabetes		1,1	1,5	0	4
Não aceitar seu Diabetes		1,8	1,9	0	4
Sentir que o Diabetes está tomando muito de sua energia mental e física diariamente		1,1	1,4	0	4
Lidar com as complicações do Diabetes		2,3	1,8	0	4
Sentir-se esgotado com o esforço constante que é necessário para cuidar do seu Diabetes		1,4	1,8	0	4
Problemas relacionados ao tratamento	0,7	0,8	1,5		
A falta de metas claras e concretas no cuidado do seu Diabetes		1,1	1,7	0	4
Sentir-se desencorajado com o seu tratamento do Diabetes		0,9	1,5	0	4
Sentir-se insatisfeito com o médico que cuida o seu Diabetes		0,5	1,2	0	4

continua...

Dimensões e os itens correspondentes	A	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Problemas relacionados a alimentação	0,8	1,4	1,7		
Enfrentar situações sociais relacionadas aos cuidados com o Diabetes (por exemplo: pessoas falando para você o que você deve comer)		1	1,6	0	4
Ter sentimentos de privação a respeito da comida e refeições		1,5	1,7	0	4
Preocupar-se com a comida e o que comer		1,6	1,87	0	4
Problemas relacionados ao apoio social	0,7	0,5	1,2		
Sentir-se sozinho com seu Diabetes		0,4	1,9	0	4
Sentir que seus amigos e familiares não apoiam seus esforços em lidar com o seu Diabetes		0,6	1,3	0	4
TOTAL	0,8				

Na Tabela 3 verifica-se que a média do escore geral é 31,3 ($\pm 22,1$) pontos. Sendo o valor mínimo de 0,0 referente a um participante que não mencionou problemas nos itens do PAID, enquanto que outro participante referiu problemas sérios em quase todos os itens. Para este segundo participante, apenas o item relacionado a “Ficar deprimido quando pensa em ter que viver com Diabetes” foi avaliado como não sendo um problema e o item “Sentir-se insatisfeito com o médico que cuida o seu Diabetes” foi avaliado como um problema moderado, levando a um escore geral de 92,5 pontos.

Tabela 3 - Análise do escore geral n=20.

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Tratamento	3,1	4,3	0	15
Alimentação	5,2	5,8	0	15
Social	1,3	2,5	0	10
Emocional	21,6	12,7	0	55
Escore Geral	31,3	22,1	0	92,5

Na Tabela 4 pode-se verificar a correlação do escore total da escala PAID com as variáveis idades, tempo de diagnóstico e tempo de tratamento, observa-se que não existe correlação significativa entre elas, isto é, nem a idade, nem o tempo de diagnóstico e nem o tempo de tratamento tem influência no escore geral. Observar que as dimensões tratamento, alimentação, social e emocional também não apresentam correlação com as variáveis citadas anteriormente.

Tabela 4 - Correlação do escore PAID com idade, tempo de diagnóstico e tempo de tratamento n=20.

	Idade	Tempo de Diagnóstico	Tempo de Tratamento
Tratamento	-0,07	0,05	0,08
Alimentação	-0,15	-0,39	0,37
Social	-0,28	-0,24	0,2
Emocional	-0,23	-0,36	0,37
Escore Geral	-0,23	-0,33	-0,32

*correlação de Pearson

Na Tabela 5 verifica-se que não existe diferença significativa entre homens e mulheres em relação a três dimensões definidas pelo PAID, são estas: alimentação, tratamento, emocional. Apenas a dimensão relacionada a parte social teve diferença significativa, sendo que a maior média é encontrada no sexo feminino.

Tabela 5 - Comparação das médias das dimensões em relação ao sexo dos participantes n=20.

	Tratamento	Alimentação	Social	Emocional	Escore Geral
Sexo					
Feminino	2(±2,3)	5,1(±6,3)	2(±1,8)	21,4(±9,2)	30,6(±17)
Masculino	3,8(±5,3)	5,3(±5,6)	0,8(±2,8)	21,7(±15)	31,7(±25,7)
P-valor	0,6	0,8	0,2	0,7	0,8
Lesão					
Não	3,6(±4,1)	5,1(±6)	2,1(±3,1)	20,7(±14,4)	30,6(±24,9)
Sim	2,6(±4,8)	5,3(±5,8)	0,5(±1,5)	22,5(±11,6)	30(±20,3)
P-valor	0,4	0,8	0,8	0,4	0,9

Discussão

No presente estudo, a maioria dos participantes são homens (60%) (Tabela 1), sendo assim o resultado não se assemelha com os achados na literatura revisada²²⁻²⁸. No entanto, estudos realizados por Schmidt *et al*²⁹, (utilizando-se de diferentes medidas bioquímicas para diagnóstico) em seis capitais brasileiras, identificam maior prevalência de DM entre os homens (42,6%).

As discordâncias apresentadas pelos estudos citados anteriormente pode ser atribuídas a alguns fatores, tais como: a pouca preocupação dos homens com a sua saúde³⁰, conceitos culturalmente constituídos (modelo de masculinidade), o horário de funcionamento é um fator que dificulta o acesso da população masculina aos serviços de saúde, pois, coincide com a sua carga horária de trabalho diária, o medo de descobrir que tem algum problema de saúde, a vergonha de expor o corpo, principalmente os órgãos genitais, a carência de ações de saúde voltadas a aproximação da população masculina aos serviços de saúde, a formação da equipe profissional, a qual em sua maioria é constituída por mulheres³³. Estas podem ser algumas das barreiras enfrentadas pelos homens no cuidado com a própria saúde.

A média de idade apresentadas pelos homens foi de 49,3 anos e das mulheres de 50,7 anos, ou seja, os participantes deste estudo em sua maioria foram diagnosticados com DM já na fase produtiva de suas vidas, tal como averiguado em um estudo realizado na região urbana de Montes Carlos, MG, ocupado em analisar a QV de 648 pessoas de ambos os sexos e várias faixas etárias, diagnosticadas com Doenças Crônicas²⁷. Já outra pesquisa nacional não corrobora com os dados apresentados neste estudo, esta também ocupada em discutir a QV, realizada em São Paulo, SP, com 100 participantes, ressalta que a faixa etária predominante dos participantes foi de 60 a 69 anos de idade²⁶.

Ao acometer sujeitos em profissionalmente ativo o DM e suas complicações podem comprometer a atividade laboral destes, levando ao absenteísmo no trabalho e em alguns casos até a aposentadoria precoce^{26,32-36}. Esta condição de saúde aumenta de 60 a 70% as chances destes trabalhadores desenvolverem incapacidades para o trabalho, reduzindo assim substancialmente as chances do trabalhador se manter no mercado de trabalho³³.

Em um estudo realizado nos anos de 2013 e 2014 pela Sociedade Brasileira de Diabete, o DM de tipo 1 está presente em 5% a 10% dos casos, já do DM de tipo 2 apresenta-se em 90% a 95% dos casos diagnosticados³⁷. Sabe-se que a hereditariedade é um dos principais fatores de riscos relacionados ao DM, principalmente ao DM tipo 2³⁸. Neste estudo 94,7% dos participantes tem algum familiar próximo diagnosticado com a doença, tal como um estudo realizado em Palmeiras das Missões, RS, onde 78,9% dos participantes associaram o diagnóstico de DM a hereditariedade³⁹.

Quanto a adesão ao tratamento, observa-se que o tempo de conhecimento da doença pelos participantes com DM tipo 2 é diferente do tempo de tratamento, isto é, estes demoram quase 1 ano para iniciar o tratamento após o diagnóstico. Estudos realizados por Gross²⁰ apontam que sujeitos com pouco tempo de diagnóstico do DM, apresentam maior dificuldades para lidar com questões relacionadas ao tratamento.

Tal comportamento pode justificar-se pelo fato da doença crônica não apresentar sintomatologia específica em sua fase inicial, o que acarreta em um diagnóstico tardio, de modo geral estes sujeitos tem uma percepção tardia quanto ao estar doente⁴⁰. Em seus estudos Linck et al.⁴⁰ refere que 50% das pessoas com doenças crônicas não aderem ao tratamento, gerando impacto negativo tanto na vida dos sujeitos acometidos pela DM quanto para o Estado.

O início tardio do tratamento pode desencadear agravos a condição de saúde destes sujeitos. O pé diabético pode ser uma destas, sendo este responsável por 70% das amputações de membros, principalmente de membros inferiores⁴. Estudos realizados por Salomé, Blanes e Ferreira³², Jaksa e Mahoney⁴¹, Almeida et al.²⁶, apontam que as lesões nos pés comprometem a capacidade funcional, impossibilitando-os, muitas vezes, de realizar suas atividades cotidianas.

Além das complicações funcionais, estas lesões também geram mudanças no estilo de vida, comprometem a autoestima, influenciando na QV dos sujeitos²⁶. Um estudo realizado por Meneses et al.⁴² o qual utilizou-se do instrumento SF-36 para avaliar a QV, identificou que os sujeitos com DM e lesões nos membros inferiores apresentavam um baixa QV, sendo os domínios da QV mais comprometidos aqueles relacionados a capacidade funcional e a aspectos físicos, sociais e emocionais.

Os sujeitos com DM apresentam maior chance de desenvolver outras comorbidades, sendo a HAS a mais comum^{43,44}. A HAS colabora para o desenvolvimento e progressão das complicações crônicas do DM, pois está associada à intolerância à glicose, resistência à insulina, obesidade, dislipidemia e doença arterial coronariana. Fatores que contribuem para a formação de úlceras neuroisquêmicas e amputações das extremidades inferiores⁴⁵.

Quanto ao cuidado em saúde os ACS desenvolvem um trabalho muito importante junto os sujeitos com DM, pois é de responsabilidades deste profissionais a realização do cadastramento das pessoas com DM no programa específico de atenção à saúde desta população, o HIPERDIA (Sistema de Cadastramento Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos). A partir das visitas domiciliares estes profissionais tem a oportunidade de realizar orientações referentes aos cuidados que se deve ter diante da nova condição de saúde e monitorar estes sujeitos objetivando o não agravamento dos quadros⁴⁶.

Estudos realizados por Anderson et al.⁴⁷ ressaltam que o cuidado nutricional é um fator importantíssimo para o controle do DM, segundo estes autores a mudança na alimentação induzem a diminuição dos níveis séricos de glicose e insulina no período pós-prandial.

Além das mudanças nutricionais a American Diabetes Association (ADA) e European Association for the Study of Diabetes (EASD)⁴⁸ após diversos estudos e discussões chegam ao consenso que as mudanças nutricionais (orientadas por um nutricionista), associadas às alterações no estilo de vida (prática de exercícios físicos), são essenciais para o controle do DM. Portanto torna-se necessário conscientizar o sujeito sobre a importância da adesão ao tratamento e aos cuidados com a saúde, assim resultando controle da doença.

Os problemas emocionais relacionados ao DM foram definidos, pelos participantes deste estudo, como a principal problemática. Estudos sugerem que quanto maior o estresse emocional relacionado ao DM, identificados pelos escores do B-PAID e suas subdimensões, maior será a insatisfação do sujeito²⁰.

Pode-se associar este resultado as transformações cotidianas as quais os sujeitos com DM deparam-se após o diagnóstico. Pois esta a doença vem acompanhada de alterações nos hábitos de vida, como restrições alimentares, a necessidade de práticas de uma atividade física regular⁴⁷, a administração de medicamentos, a necessidade de consultas médicas e exames regulares, são fatores que em alguns casos podem gerar estresse emocional e frustrações para estes sujeitos⁴⁹.

Sendo assim, após o diagnóstico do DM, percebe-se que os sujeitos sofrem transformações em sua rotina que comprometem a sua QV. Contudo, apesar do DM ser uma doença crônica, não significa que ela irá incapacitar de imediato os sujeitos por ela acometidos. Mas esta é uma doença que exige uma reorganização do cotidiano, mudanças em hábitos de vida e uma conscientização dos sujeitos sobre as suas responsabilidades com a própria saúde, objetivando a prevenção de complicações e a minimização dos agravos. Ressaltando que manutenção da QV está relacionada ao apoio social e aos componentes psicológicos do sujeito, ou seja, como este enfrenta a doença, seus efeitos e consequências⁴⁹.

Considerações Finais

Observou-se neste estudo a prevalência de homens diagnosticados com Diabetes Mellitus. O tipo 2 da doença foi o mais frequente entre os participantes deste estudo, a hereditariedade foi um agravante apontado pelos mesmos. As lesões nos pés em decorrência da Diabetes Mellitus apresentaram-se em 50% dos casos levando a incapacidades funcionais e em alguns casos ao afastamento das atividades profissionais como é o caso de seis participantes deste estudo.

A adesão ao tratamento foi um aspecto relevante apresentado pelos participantes deste estudo. Percebeu-se que alguns demoraram em média um ano ou mais para aderir ao tratamento. Quanto aos cuidados com a saúde percebe-se que os participantes procuram aderir à mudança de hábitos alimentares, já a prática de exercícios físicos ainda não é muito frequente entre os mesmos.

O contexto que envolve o diagnóstico do Diabetes Mellitus (carga de informações sobre a doença, suas complicações, os cuidados com a saúde, as mudanças no estilo de vida, por exemplo) foi apontado pelos participantes deste estudo como geradores de estresse emocional. As mudanças drásticas no estilo de vida repercutem nos aspectos psíquicos e sociais, refletindo diretamente na Qualidade de Vida destes.

Pode-se concluir que embora a amostra de pessoas com Diabetes Mellitus obtida para este estudo seja modesta (fator considerado limitante deste estudo), o estudo apresentou escores relevantes para os problemas relacionados ao tempo de tratamento, apoio social e emocional. Devido à importância deste assunto, sugere-se que sejam realizados outros estudos com essa temática.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde. 10 datos sobre la diabetes; 2012 [citado em: 07 jun 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/es/index.html>
2. Federação Internacional do Diabetes. Diabetes Atlas 2013; 2013 [citado em: 07 jun 2016]. Disponível em: <http://dro.deakin.edu.au/view/DU:30060687>.
3. Klafke A, Duncan BB, Rosa RS, Moura L, Malta DC, Schmidt MI. Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2010. Epidemiol. Serv. Saúde. 2014; 23(3):455-462.
4. Brasil, Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
5. Marinho NBP, Vasconcelos HCA, Alencar AMPG, Almeida PC, Damasceno MMC. Diabetes Mellitus: fatores associados entre usuários da estratégia saúde da família. Acta Paul Enferm. 2012; 25(4):595-600.
6. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, et al. Epidemiological transition and the study of burden of disease in Brazil. Ciência & Saúde Coletiva. 2004; 9(4):897-908.
7. Moura EC, Pacheco-Santos LM, Peters LR, Serruya SJ, Guimarães R. Research on chronic noncommunicable diseases in Brazil: meeting the challenges of epidemiologic transition. Revista Panamericana de Salud Pública. 2012; 31(3):240-245.
8. Malta DC, Cezáreo AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva JB Junior. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2006;15(3):47-65.
9. Lima ACS, Araújo MFM, Freitas RWJF, Zanetti ML, Almeida PC, Damasceno MMC. Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em universitários: associação com variáveis sociodemográficas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(3):484-90.
10. Gomes R, Leal AF, Knauth D, Silva GSN. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. Ciênc. saúde coletiva. 2013; 17(10):2589-2596.
11. Costa MB, Castro APA. Abordagem interdisciplinar no tratamento do diabetes mellitus tipo 2: da teoria à prática. Extramuros: Revista de Extensão da Univasp. 2014; 1(2):30-7.
12. Brasil. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. citado em: 10 jun 2016]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm.
13. Moura LRP, Percepção do Usuário da Estratégia Saúde da Família Sobre o Atendimento de Urgência e Emergência. (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Centro Universitário UNINOVAFAPI, Terezina, PI, 2013.
14. Brasil. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.
15. WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: Rationale and current status. International Journal of Mental Health. 1994; 23(3):24-56.
16. WHOQOL Group. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Quality of Life Research. 1993; 2:153-59.
17. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Social Science e Medicine. 1995; 41(10):1403-09.

18. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science e Medicine*, 1998; 46(12):1569-85.
19. Lima-Costa MF, Barreto SM. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2003; 12(4):189-201.
20. Gross, C. C. Versão Brasileira da Escala Paid (Problem Areas in Diabetes): Avaliação do Impacto do Diabetes na Qualidade de Vida. 62 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) - UFGRS, Porto Alegre. 2004.
21. Gross CC, Scain SF, Scheffel R, Gross JL, Hutz CS. Brazilian version of the problem áreas in diabetes scale (B-PAID): validation and identification of individuals at high risk for emotional distress. *Diabetes Res Clin Pratice*. 2007; 76:455-59.
22. Salomé GM, Blanes L, Ferreira LM. Assessment of depressive symptoms in people with diabetes mellitus and foot ulcers. *Rev Col Bras Cir*. 2011; 38(5):327-33.
23. Meneses LC, Blanes L, Veiga DF, Gomes HC, Ferreira LM. Health related quality of life and self-esteem in patients with diabetic foot ulcers: results of a cross-sectional comparative study. *Ostomy Wound Manage*. 2011; 57(3):36-43.
24. Bezerra SMMS, Santos ICRV, Sobral PHAF, Dum GL. Pé diabético: um estudo do custo do tratamento de pacientes internados em hospital público da cidade de Recife. *Nursing*. 2011;13(154):161-5.
25. Faria HTG, Rodrigues FFL, Zanetti ML, Araújo MFM, Damaceno MMC. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. *Acta paul. enferm*. 2013, 26(3):231-7.
26. Almeida AS, Silveira MM, Espírito Santo PF, Pereira RC, Salomé GM. Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. *Rev Bras Cir Plást*. 2013;28(1):142-6.
27. Oliveira-Campos M, Rodrigues-Neto JF, Silveira MF, Neves DMR, Vilhena JM, Oliveira JF, Magalhães JC, Drumond D. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(3):873-882.
28. Iser BPM, Stopa SR, Chieiri PS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HOC, Duncan BB, Schmidt MI. .Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2015; 24(2):305-14.
29. Schmidt MI, Hoffmann JF, Diniz MFS, Lotufo PA, Griep RH, Bensenor IM, et al. High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia - The Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Diabetol Metab Syndr*. 2014; 6(123):1-9.
30. Petermann XB, Machado IS, Pimentel BN, Miolo SB, Martins LR, Fodosse E. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. *Saúde (Santa Maria)*. 2015; 41(1):49-56.
31. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*; 2007; 23(3):565-74.
32. Salomé GM, Blanes L, Ferreira LM. Functional capability of patients with diabetes with foot ulceration. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009; 22(4):412-6.
33. Herquelot E, Guéguen A, Bonenfant S, Dray-Spira R. Impact of diabetes on work cessation: data from the gazel cohort study. *Diabetes Care*. 2011; 34(6):1344-1349.
34. Salomé GM, Ferreira, LM. Qualidade de vida em pacientes com úlcera venosa em terapia compressiva por bota de Unna. *Rev. Bras. Cir. Plást*. 2012; 27(3):466-71.
35. Salomé GM, Blanes L, Ferreira LM. Avaliação de sintomas depressivos em pessoas com úlcera venosa. *Revista Brasileira Cirurgia Plástica*. 2012; 27(1):124-9.
36. Lobato BC, Teixeira CRS, Zanetti GG, Zanetti ML, Oliveira MD. Evidências das implicações do diabetes mellitus no trabalho: uma revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf*. 2014 out/dez;16(4):822-32.
37. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/ Sociedade Brasileira de Diabetes. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.
38. Reis AF, Velho G. Bases Genéticas do Diabetes Mellitus Tipo 2. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2002; 46(4):426-32.
39. Küster, D. K., Lunkes, Â. C. D., Hesler, L. Z., Ruzin, S. C., Rodrigues, M. D. G. S. O grupo como estratégia para promoção da saúde do diabético. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2013; 7(1):1-4.
40. Linck CL, Bielemann VLM, Souza AS, Lange C. Paciente crônico frente ao adoecer e a aderência ao tratamento. *Acta paul. enferm*. 2008; 21(2): 318-20.
41. Jaksa PJ, Mahoney JL. Quality of life in patients with diabetic foot ulcers: validation of the Cardiff Wound Impact Schedule in a Canadian population. *Int Wound J*. 2010;7(6):502-7.
42. Meneses LC, Blanes L, Veiga DF, Gomes HC, Ferreira LM. Healthrelated quality of life and self-esteem in patients with diabetic foot ulcers: results of a cross-sectional comparative study. *Ostomy Wound Manage*. 2011; 57(3):36-43.

43. Hypertension in Diabetes Study Group. HDS 1: Prevalence of hypertension in newly presenting type 2 diabetic patients and association with risk factors for cardiovascular and diabetic complications. *Journal of Hypertension*, 1993; 11(3):309-17.
44. Viana MR, Rodriguez TT. Complicações cardiovasculares e renais no diabetes mellitus. *R. Ci. med. biol.*, Salvador, 2011; 10(3):290-96.
45. Gamba MA, Gotlieb SLD, Bergamaschi DP, Vianna LAC. Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso-controle. *Revista de Saúde Pública*, 2004; 38(3):399-404.
46. Souza MF, Hardt J. A assistência aos pacientes com diabetes mellitus tipo 2 sob a ótica dos agentes comunitários de saúde. *Interbio*. 2011; 5(1): 17-26.
47. Anderson JW, Randles KM, Kendall CWC, Jenkins DJA. Carbohydrate and fiber recommendations for individuals with diabetes: a quantitative assessment and meta analysis of the evidence. *J Am Coll Nutr*. 2004; 23(1): 5-17.
48. American Diabetes Association (ADA) and The European Association for the Study of diabetes (EASD). Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy. A consensus statement from the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2006; 28(8):1963-72.
49. Miranda LP, Gomes, LMX, Prado, PF, Barbosa TLA, Teles, MAB. Qualidade de vida de idosos com diabetes mellitus cadastrados na estratégia saúde da família. *R. Min. Educ. Fis.* 2010; 5(1):125-35. Itapevi (SP); 2009.

Tayane Silva da Silva

Endereço para correspondência - Av. Roraima, n° 1000,
Prédio 26, sala 1306, Campus UFSM, Camobi, CEP 97015-900, Santa Maria, RS, Brasil.
E-mail: tay_01ssf@hotmail.com.
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6108560365634522>

Aline Sarturi Ponte – alinesarturi@hotmail.com
Jodeli Pommerehn – jodelipo@gmail.com
Miriam Cabrera Corvelo Delboni – miriamdelboni@gmail.com

Enviado em 11 de março de 2016.
Aceito em 11 de agosto de 2016.

